

WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU		
Pieczętka Realizatora projektu	Nr Kandydata	
	Data wpływu	
	Podpis przyjmującego	

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt	„Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych”
<i>Projekt realizowany ze środków PFRON w ramach konkursu Możemy więcej nr 1/2023</i>	

DANE OSOBOWE KANDYDATA					
Imię (imiona) i nazwisko					
Nr PESEL ¹	- - - - -				
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna		
ADRES ZAMIESZKANIA (Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski		
Kod pocztowy		Poczta			
Gmina		Powiat			
Województwo					
DANE KONTAKTOWE					
telefon komórkowy i/lub stacjonarny					
e-mail					
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
<input type="checkbox"/> lekki ²	<input type="checkbox"/> umiarkowany		<input type="checkbox"/> znaczny		
RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI					
<input type="checkbox"/> 01 – U					
<input type="checkbox"/> 02 – P					
<input type="checkbox"/> 03 – L					
<input type="checkbox"/> 06 – E					
<input type="checkbox"/> 12 – C					

¹ W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – proszę podać datę urodzenia, nazwę, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;

² udział w projekcie osób z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności może stanowić nie więcej niż 10 % ogółu beneficjentów ostatecznych projektu. Przy weryfikacji tego wskaźnika nie są brani pod uwagę beneficjenci ostateczni z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia rozwojowe, długotrwała, chroniczna niepełnosprawność o charakterze psychicznym, niepełnosprawność sprzężona, chorobę nowotworową piersi

ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE

Facebook prasa plakat strona www CRAS inne

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4 maja 2016 r.) przez Stowarzyszenie Twój Potencjał z siedzibą: ul. Kościuszki 38, 38-200 Jasto do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu „Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych”. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności ich podania.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Kandydata

Do FORMULARZA REKRUTACYJNEGO należy obligatoryjnie załączyć:

1. Kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów).
2. Załączniki nr 2, 3.

Załącznik nr 2

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych”

Projekt „**Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych**” (zwany dalej Projektem) jest realizowany przez Stowarzyszenie Twój Potencjał.

Biuro Projektu: ul. Kościuszki 38, 38-200 Jasło.

Ja, niżej podpisana/y, deklaruję udział w projekcie „**Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych**” współfinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych”*.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, określone w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*.
3. Zostałam/em poinformowany, że uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis



Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU – DANE OSOBOWE

„Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych”

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) informujemy, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie Twój Potencjał z siedzibą przy ul. Kościuszki 38, 38-200 Jasto, wpisane do rejestru KRS pod nr 0000559069, NIP: 6852328556, REGON: 361595060;
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z udziałem Pani/Pana w wyżej wymienionym projekcie;
- podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w ww. projekcie;
- informacje uzyskane w związku z realizacją projektu nie będą wykorzystywane ani ujawniane do celów innych niż realizacja ww. projektu;
- projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Pani/Pana dane mogą być udostępnione temu Funduszowi do celów monitoringu i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz w celach sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Skorzystanie z uprawnień przysługujących w stosunku do Administratora może zostać wykonane poprzez złożenie odpowiedniego oświadczenia bezpośrednio lub na adres Administratora. Ponadto, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) dla celów związanych z udzieleniem wsparcia prowadzonego przez Stowarzyszenie Twój Potencjał z siedzibą przy ul. Kościuszki 38, 38-200 Jasto w ramach projektu „**Aktywność w niepełnosprawności – wsparcie samodzielności osób niepełnosprawnych**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz, że cofnięcie zgody nie działa wstecz tj. przetwarzanie moich danych było legalne do chwili wycofania przeze mnie zgody.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis