

## Formularz zgłoszeniowy do projektu „Pomoc i Szansa”

Program został stworzony z myślą o wsparciu rodzin, w których znajdują się osoby z niepełnosprawnościami (rodzice lub dzieci), a które jednocześnie zostały poszkodowane przez powódź.

Głównym celem programu jest zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego oraz praktycznego, aby pomóc rodzinom w radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi zarówno z niepełnosprawnością, jak i trudnościami wynikającymi z klęski żywiołowej.

Realizacja projektu odbywa się w następujących powiatach województwa opolskiego: nyskim, prudnickim i głubczyckim.

1. Imię i nazwisko osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności:

.....

2. Data urodzenia osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności:

.....

3. Oświadczam, że zamieszkuję:

- powiat nyski
- powiat prudnicki
- powiat głubczycki

.....  
Podpis uczestnika/Rodzica lub opiekuna prawnego

4. Jestem zainteresowany/a:

- Wsparciem psychologicznym/psychoterapeutycznym
- Usługami asystencji osobistej
- Poradnictwem społecznym/prawnym

5. Numer telefonu do kontaktu:

.....

6. Adres e-mail:

.....

7. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny?

Tak

Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

8. Oświadczam, że posiadam/dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub prawomocny wyrok, o którym mowa w art.1 ustawy o rehabilitacji.

Wskazany stopień na orzeczeniu:

Znaczny

Umiarkowany

Orzeczenie dziecka do 16 roku życia

.....

Podpis uczestnika/Rodzica lub opiekuna prawnego

9. Jaki jest Pan(i)/dziecka rodzaj niepełnosprawności? (np. dysfunkcja narządu wzroku, dysfunkcje o podłożu neurologicznym)

.....  
.....  
.....

**10. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona?**

- Tak     Nie

**11. W jaki sposób porusza się Pan(i)/dziecko:**

- Samodzielnie**
- Z pomocą sprzętów ortopedycznych**
- Ani samodzielnie ani za pomocą sprzętów ortopedycznych**

**12. Czy wskazuje Pan(i) asystenta?**

- Tak
- Nie

**Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko**

.....

**13. W jakie dni oraz w jakich godzinach potrzebne będzie wsparcie?**

.....  
.....  
.....  
.....

**14. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i)/dziecku potrzebne?**

.....

15. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu(i)/dziecku asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych.

1. Administratorem danych osobowych jest: **Fundacja Projekt Walizka**.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania oraz realizacji ciężącego na administratorze obowiązku wynikającego z zawartej z podmiotem finansującym działanie umowy.
3. Dane osobowe będą przechowywane w okresie od przesłania formularz zgłoszeniowego do dnia 31.12.2027 r.
4. Informuję, że przysługuje Panu/i prawo do żądania od administratora dostępu do Pana/i danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do uczestnictwa w projekcie. Konsekwencją odmowy podania danych osobowych będzie brak możliwości uczestniczenia w ww. projekcie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz potwierdzam zapoznanie się z informacją o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych.**

.....  
Podpis uczestnika/Rodzica lub opiekuna prawnego

17. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Fundacja Projekt Walizka** w celu udzielenia mi informacji o jej projektach i usługach.

.....  
Podpis uczestnika/Rodzica lub opiekuna prawnego