

Formularz zgłoszeniowy do Projektu „Pokonać bariery”

I. Dane uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko uczestnika:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Sytuacja zdrowotna:

Oświadczam, że jestem:

osobą z zaburzeniami psychicznymi wg. przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Art. 3 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878) lub wykazującą objawy zaburzeń psychicznych (wg ICD-10)

rodziną/opiekunem osoby z zaburzeniami psychicznymi

.....

(data i **czytelny podpis** kandydata/ki lub opiekuna prawnego kandydata)

III. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)¹:

W przypadku osób powyżej 16 r.ż.:

stopień lekki

stopień umiarkowany

stopień znaczny

W przypadku dzieci do 16 r.ż.:

Orzeczenie o niepełnosprawności tak nie

¹ do Formularza należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności

IV. Formy wsparcia:

ZAZNACZ KRZYŻYKIEM PREFEROWANĄ FORMĘ WSPARCIA:

1. DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI:

- Konsultacje indywidualne dla osób w kryzysie psychicznym o charakterze wspierająco – edukacyjnym
- Konsultacje indywidualne z ekspertem przez doświadczenie
- Spotkania terapeutyczno-rozwojowe z wykorzystaniem metody fotografii (fotografoterapia)
- Spotkania terapeutyczno-rozwojowe z wykorzystaniem metody arteterapii
- Trening radzenia sobie z emocjami
- Warsztaty psychoedukacyjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi
- Zajęcia dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z elementami terapii poprzez zabawę
- Porady prawne oraz w zakresie pomocy społecznej
- Konsultacje dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin - wsparcie rodziny osób w kryzysie z wykorzystaniem sieci społecznej

2. DLA RODZIN RODZIN/OPIEKUNÓW OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI:

- Grupy wsparcia dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi
- Konsultacje dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin - wsparcie rodziny osób w kryzysie z wykorzystaniem sieci społecznej
- Porady prawne oraz w zakresie pomocy społecznej

V. Dane opiekuna prawnego uczestnika Projektu (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika

Projektu:

Telefon:.....

E-mail:.....

OŚWIADCZENIA I ZGODY

Ja niżej

podpisany/a:

....., oświadczam, że:

- dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą,
- z własnej inicjatywy biorę udział w procesie rekrutacji i nie ma przeciwwskazań do mojego udziału w Projekcie
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „**Pokonać bariery**” realizowany jest w ramach środków przekazanych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**Pokonać Bariery**” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
- jestem/nie jestem pod opieką psychiatry lub terapeuty

.....
(data i **czytelny podpis** kandydata/ki
lub opiekuna prawnego kandydata)

Uwagi i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

.....

Zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja „Manufaktura Inicjatyw” z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 55/61 lok. 405, 406, 50-369 Wrocław, adres email: biuro@manufakturainicjatyw.pl
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań wynikających z obowiązku wobec organu podatkowego i ubezpieczeniowego oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podanie danych jest dobrowolne i świadome jednak niezbędne do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 3. Dane są przechowywane do momentu zakończenia stosunku prawnego z Fundacją „Manufaktura Inicjatyw” lub złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
5. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Mogą być natomiast

przekazywane uprawnionym instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podmiotom przetwarzającym, które świadczą usługi na rzecz Administratora danych i którym te dane są powierzane.

6. Przysługuje mi:

- a. prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w każdej chwili bez podawania przyczyny - nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Cofnięcie zgody można wnieść poprzez złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody w formie mailowej na adres biuro@manufakturainicjatyw.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora,
- b. prawo żądania od Fundacji „Manufaktura Inicjatyw”: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, poprawienia, usunięcia bez podawania przyczyny lub ograniczenia przetwarzania przez określony czas w określonym zakresie, informacji o zakresie przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych – w tym celu należy skontaktować się z nami drogą e-mailową podając nazwę i adres podmiotu, do którego mamy przekazać dane oraz ich zakres, tzn. które dane mamy przekazać. Przekazanie nastąpi w formie elektronicznej po potwierdzeniu tego żądania. Potwierdzenie żądania jest potrzebne z uwagi na bezpieczeństwo danych i uzyskanie pewności, że żądanie pochodzi o osoby uprawnionej.

7. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. instytucji publicznej odpowiedzialnej za ochronę praw i wolności osób, których dane są przetwarzane (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

.....
Miejscowość i data

.....
(**czytelny podpis** kandydata/ki
lub opiekuna prawnego kandydata)

Zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej

