

**Ankieta rekrutacyjna uczestnika projektu**  
**”Chcę swojego życia V – usługi asystenckie skuteczną formą**  
**wspierania osób z niepełnosprawnościami”**  
**finansowanego ze środków PFRON**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres e-mail: .....

Telefon: .....

Ulica: .....

Nr domu/nr lokalu: .....

Miejscowość: .....

Kod pocztowy: .....

Gmina: .....

Powiat: .....

Województwo: .....

**Czy posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności?**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> znaczny     | <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM               |
| <input type="checkbox"/> umiarkowany | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  |
| <input type="checkbox"/> lekki       | <input type="checkbox"/> Orzeczenie równoważne /ZUS |

**Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej**

**w zakresie komunikowania się, poruszania się lub też inne istotne informacje:**

.....

.....

### Wykształcenie

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe | <input type="checkbox"/> Podstawowe |
| <input type="checkbox"/> Gimnazjalne         | <input type="checkbox"/> Zawodowe   |
| <input type="checkbox"/> Średnie             | <input type="checkbox"/> Policealne |
| <input type="checkbox"/> Wyższe              |                                     |

### Uczestnictwo WTZ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absolwenci WTZ     | <input type="checkbox"/> Nie byli w WTZ |
| <input type="checkbox"/> Nie uczestnicy WTZ |   |

### Rodzaj niepełnosprawności

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autyzm                      | <input type="checkbox"/> Choroby psychiczne  | <input type="checkbox"/> Inne przyczyny        |
| <input type="checkbox"/> Narząd ruchu                | <input type="checkbox"/> Narząd słuchu       | <input type="checkbox"/> Narząd wzroku         |
| <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona | <input type="checkbox"/> Ogólny stan zdrowia | <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe |

### Rejestracja w urzędzie pracy

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niezarejestrowany | <input type="checkbox"/> Zarejestrowany |
|--|---|

### Czy jesteś czynnym beneficjentem działań Fundacji

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

### Preferowany sposób komunikowania się (zaznacz właściwe):

- |                                  |                                 |                              |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> SMS |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

### Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu:

Imię i nazwisko .....

Telefon: .....

e-mail: .....

**Oświadczam, że:**

- **NIE JESTEM OBJĘTY WSPARCIEM ASYSTENTA / nie korzystam z usługi asystencji z innych projektów współfinansowanych ze środków publicznych w okresie od momentu przystąpienia do projektu pn. „Chcę swojego życia V – usługi asystenckie skuteczną formą wspierania osób z niepełnosprawnościami” finansowanego ze środków PFRON i do momentu zakończenia wsparcia nie będę uczestniczył w innym projekcie dot. usługi asystenckiej.**
- dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą,
- z własnej inicjatywy biorę udział w procesie rekrutacji
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt “Chcę swojego życia V – usługi asystenckie skuteczną formą wspierania osób z niepełnosprawnościami” jest finansowany ze środków PFRON,
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie “Chcę swojego życia V – usługi asystenckie skuteczną formą wspierania osób z niepełnosprawnościami” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
- wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie, upowszechnianie, zwielokrotnianie i przetwarzanie mojego wizerunku na zdjęciach, filmach w innych materiałach publikacyjnych oraz w Internecie na stronie [www.fundaciadogadanka.org.pl](http://www.fundaciadogadanka.org.pl), a także w mediach społecznościowych (Facebook) zgodnie art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą z 4 lutego z 1994r. o prawach autorskich i pokrewnych (Dz. U. 2019, poz. 1231, tekst jednolity) w celach upowszechniania i promocji projektu “Chcę swojego życia V – usługi asystenckie skuteczną formą wspierania osób z niepełnosprawnościami”

**Złożenie / wysłanie wypełnionego formularza, jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody** 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 DOGadanka oraz PFRON.
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 DOGadanka 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 [dogadanka@onet.pl](mailto:dogadanka@onet.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
  - b. prawo żądania od Fundacji DOGadanka 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 mailową podając nazwę i adres podmiotu, do którego mamy przekazać twoje dane oraz ich zakres, tzn. które twoje dane mamy przekazać. Przekazanie nastąpi w formie elektronicznej po potwierdzeniu przez ciebie tego żądania. Potwierdzenie żądania jest potrzebne z uwagi na bezpieczeństwo twoich danych i uzyskanie pewności, że żądanie pochodzi o osoby uprawnionej.

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).

**Data i podpis**

.....