

# FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

## „WSPÓLNA POMOC” IV.2025-III.2027

### DANE BENEFICJENTA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	
ADRES ZAMIESZKANIA	
DATA URODZENIA/ WIEK	
PESEL	
NR ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ORAZ DATA WAŻNOŚCI	
<b>DANE RODZICA /OPIEKUNA:</b>	
IMIĘ I NAZWISKO	
TELEFON	
E-MAIL	
ADRES DO KORESPONDENCJI, (JEŚLI INNY, NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)	

FORMY TERAPII	RODZAJ TERAPII	✓ WYBÓR
INDYWIDUALNA	TERAPIA BEHAWIORALNA	
	TERAPIA LOGOPEDYCZNA	
	TERAPIA PEDAGOGICZNA	
	TERAPIA PSYCHOLOGICZNA	
	TERAPIA INTEGRACJA SENSORYCZNA	
	TERAPIA USPRAWNIAJĄCA RUCH	
GRUPOWA	TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH DUŻY	
	TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH MAŁY	
	KLUB MŁODZIEŻOWY ( 12 - 18 LAT)	
	TRENING ZASTĘPOWANIA AGRESJI	
	ZAJĘCIA Z RODZICAMI "Razem poznajemy świat" (3 - 7 LAT)	
PÓŁKOLONIE	LETNIE/ ZIMOWE (DZIECI I MŁODZIEŻ SZKOLNA)	

## POUCZENIA I OŚWIADCZENIE:

1. Podstawowymi warunkami udziału w projekcie są:
  - a) posiadanie przez osobę z autyzmem aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności.
  - b) nie korzystanie z takich samych form wsparcia finansowanych ze środków PFRON realizowanych przez inne placówki.
2. Zobowiązuję się dostarczyć w terminie rekrutacji dokumentację osoby z autyzmem: **aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o kształceniu specjalnym** dokumentacja niezbędna do oceny poziomu funkcjonowania dziecka i przeprowadzenia kwalifikacji do poszczególnych form terapii.
3. Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu do udziału w terapii w ramach projektu podejmie Zarząd KTA we współpracy ze specjalistami i terapeutami, na podstawie dostarczonej dokumentacji osoby z autyzmem i poziomu jej funkcjonowania.
4. Oświadczam, że moje dziecko nie uczestniczy w innych projektach, dofinansowanych ze środków PFRON, których cele zakładają osiągnięcie tych samych efektów, zawartych w projekcie „*Wspólna pomoc*”, realizowanym przez KTA O/Białystok.

Białystok, dn. ....

.....  
**Podpis Rodzica /Opiekuna Prawnego**

### Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

W związku z udziałem w projekcie „*Wspólna pomoc*” realizowanym w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018 r., z późn. zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka oraz przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Białymstoku**: (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. K. Pułaskiego 96, 15-338 Białystok. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: ul. Kazimierza Pułaskiego 96, 15-338 Białystok lub drogą e-mailową pod adresem: kta@kta.bialystok.pl.

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Kamila Tarwacka, z którym można się skontaktować pod adresem mailowym: [iodo@rt-net.pl](mailto:iodo@rt-net.pl).

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie 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) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

4. Przetwarzanie odbywa się w celu:

a. Udziału w projekcie „*Wspólna pomoc*” (art. 6 ust.1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. RODO).

b. Monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych; podstawą prawną przetwarzania danych jest obowiązek prawny ciążyący na korzystającym (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);

c. Utrwalenia i publikacji wizerunku tj. zdjęć oraz nagrań na stronie internetowej Administratora, portalach społecznościowych oraz wywieszaniu ich w placówce Administratora. (art. 9 ust.42 lit. a RODO).

5. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.

6. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, w tym w szczególności do: PFRON za pomocą aplikacji „System iPfron” oraz “System Ewidencji Godzin Wsparcia” (EGW) w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON, sądom, policji oraz innym podmiotom, o ile zaistnieje taka konieczność, na podstawie umów powierzenia w tym do dostawców usług teleinformatycznych.

8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od początku roku następującego po roku zakończenia realizacji projektu. Wizerunek będzie przetwarzany do czasu wycofania zgody.

9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przeniesienia danych.

10. Skargę na działania Administratora można wnieść do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości wzięcia udziału w projekcie. Zgoda na utrwalenie i publikację wizerunku jest dobrowolna.

12. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Ja, .....zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych moich i mojego dziecka .

**Wyrażam zgodę na:**

przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w tym danych szczególnej kategorii w celu wzięcia udziału w projekcie

utrwalenie i wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w związku z realizacją projektu.

Białystok, dn. ....

.....  
**Podpis Rodzica /Opiekuna Prawnego**