



Projekt współfinansowany z przekazanych przez Miasto Gdańsk ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA
OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja,

zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie:

„Razem Razniej 5”

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o tym, że projekt jest finansowany przez Miasto Gdańsk.
- zobowiązuję się do uczestnictwa we wskazanych formach wsparcia,
- zapoznałem/am się z regulaminem udziału w projekcie dostępnym na stronie internetowej www.parkon.pomorze.pl, w zakładce „Projekty”,
- jestem opiekunem osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności,
- wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku (np. na stronie internetowej, profilu Facebook) w celach promocyjnych projektu i naukowych,
- przyjmuję do wiadomości, że ponoszę odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- zostałem/am poinformowany/na, że udział w projekcie jest bezpłatny,

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie z przyczyn niezależnych (wydarzenia losowe, pogorszenie stanu zdrowia) beneficjent/beneficjentka zobowiązuje się do złożenia pisemnej rezygnacji zawierającej przyczyny rezygnacji.

.....
Data i podpis kandydata na uczestnika projektu

.....
Podpis osoby przyjmującej deklarację



Projekt współfinansowany z przekazanych przez Miasto Gdańsk ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data przyjęcia zgłoszenia

WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

Adres mailowy

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach projektu „Razem Rażniej 5”.

1. Warsztaty z psychologiem dla osób z niepełnosprawnością.*
2. Spotkania indywidualne z psychologiem dla osób z niepełnosprawnością.*
3. Warsztaty z psychologiem dla opiekunów osób z niepełnosprawnością z podziałem w grupach na:
 - zajęcia dla współmałżonków, partnerów, rodzeństwa osób z niepełnosprawnością,*
 - zajęcia dla dzieci osób z niepełnosprawnością.*
4. Warsztaty dietetyczne.*
5. Zajęcia aktywizacji ruchowej.*
6. Zajęcia chóru.*
7. Zajęcia arteterapii.*

8. Szkolenie dla prowadzących i wolontariuszy.

Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność. Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji projektu „Razem Razniej 5” oraz potwierdzam, że zawarte w formularzu dane są aktualne i zgodne z prawdą.

.....
Podpis osoby przyjmującej formularz

.....
Data i podpis kandydata na uczestnika projektu

***POUCZENIE**

Każdy uczestnik zobowiązany jest do udziału w minimum 1 warsztatach, podkreślając te w których deklaruje swój udział.



Projekt współfinansowany z przekazanych przez Miasto Gdańsk ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU
OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ / OPIEKUNA***

Ja, niżej podpisana/ny

zamieszkały/ła

adres mailowy.....

telefon.....

niniejszym wyrażam zgodę na rozpowszechnianie – bez ograniczenia w zakresie czasu, miejsca lub liczby egzemplarzy bądź konieczności uiszczenia na moją rzecz jakichkolwiek dodatkowych opłat, przez Stowarzyszenie dla Osób z Chorobą Parkinsona i Chorobami Zwyrodnieniowymi Mózgu oraz Opiekunów Park On z siedzibą w Gdańsku (80-330) przy ul. Cystersów 6/5 oraz Miasto Gdańsk, dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu „Razem różnie 5”, mojego wizerunku przedstawionego w celu udzielenia wsparcia w ramach projektu „Razem różnie 5”, finansowanego z przekazanych przez Miasto Gdańsk środków, z zastrzeżeniem, że wizerunek ten nie może być rozpowszechniany w zestawieniu z informacjami lub komentarzami stawiającymi moją osobę w negatywnym świetle.

.....
(Data i podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

* Niepotrzebne skreślić



Projekt współfinansowany z przekazanych przez Miasto Gdańsk ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

KLAUZULA INFORMACYJNA

DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ / OPIEKUNA*

1. Informujemy, że administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Stowarzyszenie dla Osób z Chorobą Parkinsona i Chorobami Zwyrodnieniowymi Mózgu oraz Opiekunów Park On, ul. Cystersów 6/5, 80-330 Gdańsk.
2. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu uczestnictwa w projekcie „Razem różnie 5”
3. Dane będą przetwarzane do czasu zakończenia uczestnictwa w projekcie „Razem różnie 5”
4. Pana/Pani dane będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym realizowany był projekt „Razem różnie 5”.
5. Dane będą udostępnione Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie w Gdańsku, w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści udostępnionych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie podanych danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie wiąże się z niemożliwością uczestnictwa w projekcie.

*Niepotrzebne skreślić

Gdańsk, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(podpis)