



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

projekt: „Asystent – moimi oczami” współfinansowany z PFRON-u.

DANE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
DATA URODZENIA			
MIEJSCE URODZENIA			
PESEL			
PŁEĆ	KOBIETA		MĘŻCZYZNA
TELEFON NR			
E-MAIL			
ADRES ZAMIESZKANIA:			
ULICA			
NR DOMU			
NR LOKALU			
KOD POCZTOWY			
MIEJSCOWOŚĆ			
RODZAJ MIEJSCOWOŚCI	WIEŚ		MIASTO
TYP MIEJSCOWOŚCI:	DO 20 TYS. MIESZKAŃCÓW		
	OD 20 DO 50 TYS. MIESZKAŃCÓW		
	OD 50 DO 100 TYS. MIESZKAŃCÓW		
	POWYŻEJ 100 TYS. MIESZKAŃCÓW		
WOJEWÓDZTWO	PODKARPACKIE		

WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe X)



<b>NIEPEŁNE PODSTAWOWE</b>		
<b>PODSTAWOWE</b>		
<b>GIMNAZJALNE</b>		
<b>ZAWODOWE</b>		
<b>ŚREDNIE</b>		
<b>POLICEALNE</b>		
<b>WYŻSZE</b>		
<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY (zaznaczyć właściwe X)</b>		
<b>NIEAKTYWNY ZAWODOWO</b>		
<b>POSZUKUJĄCY PRACY NIEZATRUDNIONY</b>		
<b>POSZUKUJĄCY PRACY ZATRUDNIONY</b>		
<b>BEZROBOTNI</b>		
<b>ZATRUDNIENI W ZAZ</b>		
<b>ZATRUDNIENI W ZPCH</b>		
<b>ZATRUDNIENI NA OTWARTYM RYNKU PRACY</b>		
<b>NIE DOTYCZY</b>		
<b>REJESTRACJA W PUP (zaznaczyć właściwe X)</b>		
<b>ZAREJESTROWANY W PUP</b>		
<b>NIEZAREJESTROWANY W PUP</b>		
<b>UCZESTNICTWO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ (zaznaczyć właściwe X)</b>		
<b>ABSOLWENCI WTZ</b>		
<b>NIE BYLI W WTZ</b>		
<b>UCZESTNICY WTZ</b>		
<b>ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwe X)</b>		
<b>STOPIEŃ UMIARKOWANY</b>		
<b>STOPIEŃ ZNACZNY</b>		
<b>SYMBOL PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>		
<b>DATA WAŻNOŚCI</b>		
<b>CZY PAN / PANI UCZESTNICZY W INNYCH PROJEKTACH?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>W przypadku zaznaczenia TAK proszę podać nazwę projektu i Instytucje w której bierze Pan / Pani udział?</b>		
<b>Proszę również podać z jakich środków jest ww. projekt dofinansowany?</b>		



<b>(np. PFRON, MINISTERSTWO, UE)</b>	
<b>Czy jest Pan/Pani osobą samotną: tak / nie</b>	
<b>Osoba pracująca: tak / nie</b>	
<b>jeśli zostało zaznaczone TAK, to proszę podać nazwę wykonywanego zawodu?</b>	
<b>Czy Pan/Pani mieszka z osobami, które są niepełnosprawne? tak / nie</b>	
<b>Czy posiada Pan / Pani doświadczenie zawodowe: tak / nie</b>	
<b>Czy korzysta Pan / Pani z innych form rehabilitacji: tak / nie</b>	
<b>jeśli zostało zaznaczone TAK, to proszę napisać z jakich form rehabilitacji korzysta Pan / Pani?</b>	

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Asystent – moimi oczami”, niniejszym oświadczam, że przyjmuje do wiadomości, iż: Administratorami danych osobowych beneficjentów ostatecznych/uczestników projektu oraz personelu projektu, zgromadzonych w EGW/w ewidencji, są Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki oraz PFRON. Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki zobowiązany jest do przestrzegania obowiązków administratora danych osobowych, wynikających z przepisów 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), zwanego dalej „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki zobowiązany jest do uzyskania od każdego beneficjenta ostatecznego projektu/uczestnika projektu (nie rzadziej niż raz w miesiącu) poświadczenia korzystania ze wsparcia w ramach projektu (podpis na liście obecności dotyczącej formy wsparcia z której korzysta beneficjent ostateczny/uczestnik projektu).

W przypadku osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych – lista podpisywana jest przez przedstawiciela ustawowego tej osoby. Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki zobowiązany jest do



udostępnienia PFRON ww. poświadczeń podczas przeprowadzanych czynności kontrolnych oraz wizyt monitoringowych. Beneficjent ostateczny projektu potwierdza otrzymane wsparcie jedynie w tych miesiącach, w których wsparcie to zostało mu faktycznie udzielone (dotyczy beneficjentów, którzy w ciągu całego okresu realizacji projektu korzystają z danej formy wsparcia w wybranych miesiącach).

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu; W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informację nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;

## **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W PZN OKRĘG PODKARPACKI**

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w PZN Okręg Podkarpacki Administratorem danych osobowych jest Polski Związek Niewidomych Okręg Podkarpacki z siedzibą w Rzeszowie ul. Hetmańska 9. Z administratorem można się skontaktować listownie poprzez adres korespondencyjny.

U Administratora wyznaczono osobę odpowiedzialną za przetwarzanie danych osobowych, z którą można się skontaktować listownie na adres administratora lub mailowo: [ado@pzn.rzeszow.pl](mailto:ado@pzn.rzeszow.pl)

Cel przetwarzania danych osobowych:

Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie przesłanek wynikających z Ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 2016/679 w szczególności:

- w celu wykonania zadań statutowych. Statut dostępny jest na stronie <http://pzn.rzeszow.pl/>;
- w celu zawarcia, wykonania, rozwiązania umowy w tym zakresie dotyczy to wszystkich czynności przygotowawczych poprzedzających zawarcie umowy jak i czynności w procesie zawierania umowy, wykonywania lub rozwiązywania umowy; w celach archiwizacyjnych;
- w celu wykonania ciążących na Administratorze obowiązków prawnych np.: wystawiania i przechowywania rachunków oraz dokumentów księgowych;
- w celu ustalenia, obrony i dochodzenia roszczeń, co obejmuje sprzedaż wierzytelności innemu podmiotowi; w celach informacyjnych, statystycznych i ewidencyjnych.

Podstawa prawna przetwarzania:

Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie przepisów art. 6 Ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 2016/679 w szczególności:



na podstawie zgody osoby której dane dotyczą (art. 6 ust. 1 lit. a)  
przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy (art. 6 ust. 1 lit b)  
przetwarzanie jest niezbędne do wykonania obowiązku ciążącego na PZN  
Okręg Podkarpacki (art. 6 ust. 1 lit c) w związku z realizacją celów  
wynikających z prawnie uzasadnionego interesu PZN Okręg Podkarpacki (art.  
6 ust. 1 lit f)

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz jest warunkiem  
uczestnictwa w zadaniach statutowych i w związku z tym będziecie Państwo  
zobowiązani do ich podania w wymaganym przez nas zakresie, a brak ich  
podania może skutkować brakiem możliwości uczestnictwa w realizowanych  
przez nas zadaniach statutowych i obowiązkach prawnych, w tym umownych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez wszystkie  
struktury Polskiego Związku Niewidomych, Jednostki Samorządu  
Terytorialnego oraz Instytucje Rządowe i Samorządowe zajmujące się  
osobami niepełnosprawnymi w celu realizacji zadań statutowych Polskiego  
Związku Niewidomych.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych  
szczególnych (dotyczących stanu mojego zdrowia) przez wyżej wymienione  
podmioty.

Zgoda jest dobrowolna ale konieczna w celu uczestniczenia w projekcie  
„Asystent moimi oczami”; przynależności do PZN, oraz przy realizacji zadań  
statutowych PZN. Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści  
swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

**Udzielam / nie udzielam** \* Polskiemu Związkowi Niewidomych Okręg  
Podkarpacki oraz Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych (PFRON) prawa do wykorzystywania zdjęć oraz filmów z  
moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda  
obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć,  
nieograniczone w czasie korzystanie i rozporządzanie zdjęciami, a w  
szczególności: publiczne wykorzystanie zdjęć, utrwalenie i zwielokrotniony  
druk.

Dane osobowe będą przetwarzane:

przez okres przynależności do Polskiego Związku Niewidomych Okręg  
Podkarpacki, PFRON;

do czasu cofnięcia zgody – w przypadku danych osobowych pozyskanych na  
podstawie zgody;

przez czas niezbędny do wykonania umowy a ponadto przez czas określony  
możliwością dochodzenia roszczeń z tytułu umowy; przez czas wynikający z  
przepisów prawa (dane księgowe przez okres 5 lat od zakończenia okresu



rozliczeniowego, dane archiwizacyjne – przez okres wynikający z przepisów prawa

Każdy, którego dane osobowe przetwarza PZN Okręg Podkarpacki, PFRON - ma prawo do:

żądanie dostępu do swoich danych osobowych;

sprostowania danych osobowych, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym;

usunięcia danych przetwarzanych, ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania;

cofnięcia wszystkich lub niektórych zgód dotyczących przetwarzania danych lub przetwarzania określonych danych;

– o ile nie zachodzą przesłanki dalszego przetwarzania danych przez Administratora, w szczególności w związku z trwaniem celu przetwarzania;

wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (od dnia 25 maja 2018 r.), gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Klienta narusza Ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.nr 2016/679.

Dane osobowe mogą być powierzone:

Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), organom państwa uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów na potrzeby prowadzonych przez nie postępowań, ubezpieczycielom, firmom kurierskim przewozowym i pocztowym, podmiotom zewnętrznym tj. podmiotom świadczącym na rzecz Administratora usługi podwykonawstwa – usługi szkoleniowo, księgowo i informatyczne

.....  
Miejscowość i data

.....  
czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu



## OŚWIADCZENIE O UDZIALE W INNYCH PROJEKTACH

Oświadczam, iż przystępując do projektu: „Asystent – moimi oczami” uczestniczę / nie uczestniczę \* (mam zawartą umowę/ nie mam zawartej umowy\*) w innych projektach dofinansowanych ze środków:

Unii Europejskiej / PFRON-u / Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – realizowane przez Ośrodki Pomocy Społecznej / Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie / Inne

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

W przypadku zaznaczenia że, uczestniczę instytucji PFRON informuję że, cele realizacji projektu zakładają / nie zakładają \* osiągnięcie takiego samego efektu, których realizacja mieści się w jednym z poniższych celów programowych:

**Cel konkursu: Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych**

**Nazwa Projektu, w którym uczestniczę:**

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

**Projekt realizowany przez stowarzyszenie / fundacja / ZAZ / inne:**

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

(Proszę wpisać nazwę instytucji realizującej projekt)

**Proszę napisać z jakich zajęć korzystasz (np. usługi asystenckie, opieka wytchnieniowa, warszaty, szachy, śpiew, arteterapia, itd.) :**

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

**\* niepotrzebne skreślić**

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu