

Lublin,

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Imię i nazwisko rodzica/rodziców.....

Adres zamieszkania.....

.....

Zgłoszenie

Deklaruję uczestnictwo mojego dziecka we wszystkich zajęciach wynikających z realizacji projektu Fundacji Alpha „Mam autyzm - jestem inny, nie gorszy. Rozwijam swój potencjał w przyjaznym środowisku” współfinansowanego ze środków PFRON zgodnie z harmonogramem.

Oświadczam, że moje dziecko nie będzie uczestniczyło w tym okresie w innych takich zadaniach współfinansowanych przez PFRON.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. 2018 poz. 1000) w celu realizacji zadania (zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie danych), w szczególności na udostępnianie danych do celów monitoringu i kontroli w ramach realizowanego zadania. Zostałem/am poinformowany/na, że przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 – wszystkie uzyskane dane są niezbędne do realizacji Projektu.

Klauzula informacyjna

- 1) Administratorem danych osobowych Pani/Pana/dziecka jest Fundacja Alpha z siedzibą w Lublinie, Al. Warszawska 15,
- 2) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadania i nie będą udostępniane innym podmiotom,
- 3) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych swoich i dziecka oraz ich poprawiania,
- 4) W związku z zawartą umową pomiędzy Fundacją Alpha w Lublinie a Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych udostępnione dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z tejże umowy.

Do zgłoszenia dołączam w ciągu siedmiu w wersji papierowej **orzeczenie o niepełnosprawności mojego dziecka oraz diagnozę autyzmu bądź innych całościowych zaburzeń rozwoju** wydane przez instytucję do tego uprawnioną. (Niedołączenie dokumentów w wersji papierowej skutkuje anulacją zgłoszenia)

Zapoznałem się z regulaminem udziału w zadaniu „Mam autyzm - jestem inny, nie gorszy. Rozwijam swój potencjał w przyjaznym środowisku”.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....



„Mam autyzm - jestem inny, nie gorszy.
Rozwijam swój potencjał w przyjaznym środowisku”
Projekt współfinansowany ze środków PFRON



Oświadczenie Beneficjenta ostatecznego zadania dotyczące ewentualnego udziału w innych projektach dofinansowanych ze środków PFRON

Oświadczenie Beneficjenta ostatecznego zadania pozwoli na zweryfikowanie czy spełnia on warunki konkursowe zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. nr 114, poz. 92 z późn. zm.) pn. „Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)” w ramach konkursu Konkurs 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność”, kierunek pomocy nr 2 ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.

Brak oświadczenia bądź uczestnictwo w realizacji innego zadania dofinansowanego ze środków PFRON skutkować będzie niemożliwością wzięcia udziału w zadaniu realizowanym przez Zleceńbiorcę.

Będąc rodzicem/opiekunem* Beneficjenta ostatecznego zadania

.....
(Imię i nazwisko Beneficjenta ostatecznego zadania)

.....
(PESEL)

.....
(adres Beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że Beneficjent ostateczny, o którym mowa w niniejszym oświadczeniu bierze udział/nie bierze udziału* w zadaniu realizowanym przez innego Zleceńbiorcę i który realizuje projekty w ramach:

Kierunek pomocy 2: „zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych” niezależnie w ramach których konkursów zostało udzielone dofinansowanie w okresie od 1.04.2025r. do 31.03.2028r.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego Beneficjenta ostatecznego zadania

*niepotrzebne skreślić



„Mam autyzm - jestem inny, nie gorszy.
Rozwijam swój potencjał w przyjaznym środowisku”
Projekt współfinansowany ze środków PFRON



OŚWIADCZENIE
dotyczące udziału w projekcie

.....
imię i nazwisko Beneficjenta

Wyrażam zgodę na **przetwarzanie danych osobowych** moich oraz mojego dziecka dla celów związanych z realizacją Projektu „Mam autyzm, jestem inny, nie gorszy. Rozwijam swój potencjał w przyjaznym środowisku”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. 2018 poz. 1000). Zostałem/am poinformowany/na, że przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – wszystkie uzyskane dane są niezbędne dla realizacji Projektu.

W związku z przetwarzaniem moich oraz mojego dziecka danych osobowych przysługują mi następujące uprawnienia:

- a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
- b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
- d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy
 - zakwestionowana zostanie prawidłowość danych osobowych,
 - przetwarzanie danych jest niezgodne z celem dla którego zostały zebrane,
 - zostanie wniesiony sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
- e) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – dane moje, przechowywane przez Fundację, mogą zostać usunięte w przypadku, gdy nie stoi to w sprzeczności z warunkami formalnymi projektu i w części, która może zostać usunięta zgodnie z warunkami umowy zawartej z instytucją finansującą udział w projekcie.

Mam prawo wnieść skargę w związku z przetwarzaniem przez Fundację danych osobowych do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane moje oraz mojego dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych. Dla celów sprawozdawczych związanych z Projektem, zgodnie z zapisami umowy z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), dane osobowe będą udostępniane PFRON oraz Fundacji Alpha. Uzyskane dane będą, przechowywane w siedzibie Fundacji i na urządzeniach należących do Fundacji przez okres 5 lat od roku następującego po roku, w którym zakończyła się realizacja projektu. Po upływie tego czasu dane są niszczone i usuwane z urządzeń należących do Fundacji.

Administratorem danych osobowych przetwarzanych dla celów związanych z realizacją Projektu jest Fundacja ALPHA w Lublinie, z siedzibą przy ul. Jemiołuszki 14/40 w Lublinie, o numerze KRS: 0000282237.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego Beneficjenta



„Mam autyzm - jestem inny, nie gorszy.
Rozwijam swój potencjał w przyjaznym środowisku”
Projekt współfinansowany ze środków PFRON

