

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY BENEFICJENTA

Miejsce: Sielpia Mała ul. Spacerowa 11, Ośrodek Wypoczynkowy „Łucznicz”.

1. Czas trwania:

II. DANE BENEFICJENTA

1. Imię i nazwisko data urodzenia

2. Adres zamieszkania województwo
nr tel. PESEL

3. Rodzaj niepełnosprawności (*krótki opis*)

4. Stopień niepełnosprawności (*zakreślić*): lekki umiarkowany znaczny do 16 lat

5. Do poruszania się używam: poruszam się samodzielnie kule rehabilitacyjne wózek inwalidzki

6. Czy uczestniczy w WTZ/ŚDS? tak nie

7. Wykształcenie beneficjenta (*zakreślić właściwe*): przed obowiązkiem szkolnym/ niepełne podstawowe/ podstawowe/
gimnazjalne/ zawodowe/ średnie/ policealne/ wyższe

III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA BENEFICJENTA

Podać wszystkie ważne informacje o stanie zdrowia, takie jak: uczulenia, jak znosi podróże samochodem, przewlekłe choroby, stałe przyjmowanie leków (jeżeli tak to wpisać dawkowanie) itp.:

IV. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023r. poz. 100, z późn. zm.), do Fundacja BeActive, ul. Wojska Polskiego 52, 25-375 Kielce (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji zadania pn.: BEACTIVE CUP 2025 – „Żyj aktywnie - Żyj zdrowo - Żyj na sportowo”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”. Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku przez Fundację BeActive, ul. Wojska Polskiego 52, 25-375 Kielce (administrator danych), oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją zadania: BEACTIVE CUP 2025 – „Żyj aktywnie - Żyj zdrowo - Żyj na sportowo” na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781). Zostałem(am) także poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(czytelny podpis pełnoletniego beneficjenta lub opiekuna)

V. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/OPIEKUNA

1. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że Projekt pn.: BEACTIVE CUP 2025 – „Żyj aktywnie - Żyj zdrowo - Żyj na sportowo” jest współfinansowany ze środków PFRON i że udział w nim w charakterze beneficjenta jest bezpłatny na podstawie posiadanego ważnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminem rekrutacji do projektu i go akceptuję.
3. Oświadczam że zapoznałem/am się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (ubezpieczenie pobytu zapewnia organizator).

4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o miejscu odbywania się zajęć, o założonych celach i spodziewanych efektach oddziaływania Projektu, oraz że nie jestem równocześnie objęty(a) wsparciem w ramach innych projektów dofinansowanych przez PFRON, których cele zakładają osiągnięcie takich samych efektów, poprzez udział w zajęciach: Boccia, Pływanie w otwartych/zamkniętych akwenach wodnych; Sportowe gry zespołowe; Zajęcia rozwijające aktywność społeczną;
.....
5. Oświadczam że nie mam przeciwwskazań do uczestnictwa w wyżej wymienionych zajęciach.
6. Niniejszym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa i aktywnego udziału w przewidzianych w ramach Projektu zajęciach, oraz w badaniach diagnostycznych. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji dla celów monitoringu i ewaluacji. Jednocześnie oświadczam że będę ponosić pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo w drodze do miejsca i z miejsca odbywania się zajęć.
7. W związku ze zgłoszeniem się do udziału w Projekcie, oświadczam że podałem(am) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania obozu i że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu.
8. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
9. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego/mojego podopiecznego.
10. Zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty za ewentualne szkody materialne, które wyrządzą ja/mój podopieczny, w czasie i miejscu realizacji zajęć w ramach obozu.
11. Oświadczam że ja/mój podopieczny został(a) poddany(a) wszelkim wymaganym szczepieniom ochronnym, przeciw chorobom takim jak: tężec, błonica, dur, COVID-19 i inne (*podać jakie wraz z rokiem szczepienia*):
.....

VI. KLAUZULA RODO

Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych oraz art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informujemy że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja BeActive, ul. Wojska Polskiego 52, 25- 375 Kielce, reprezentowana przez Prezesa zarządu (zwanego dalej jako „Administrator”. Administrator przetwarza Dane Osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych z umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Fundacji , a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Prezesem zarządu Fundacji BeActive - biuro@fundacja-BeActive.pl, tel.: +48 502 704 100.
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielenia Pani/Panu wsparcia w ramach projektu dofinansowanego ze środków PFRON - udokumentowaniu uczestnictwa w projekcie (łącznie z utrwalaniem i przetwarzaniem wizerunku foto/wideo, ze swobodą w sposobie i zakresie eksploatacji utrwalonego materiału, z możliwością łączenia materiału różnych twórców, wraz z przeniesieniem prawa autorskiego na Fundację BeActive) w ramach projektu. Przetwarzanie danych w celu i na potrzeby zawarcia i wykonywania umów o uczestnictwie w projekcie w tym Państwa dane zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem aplikacji EGW w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty i osoby uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa/warunków realizacji niniejszego projektu, osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów, aktualnie: 5 lat od zakończenia projektu/programu.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody na przetwarzanie i wykorzystanie danych dla potrzeb realizacji projektu jest równoznaczne z rezygnacją z uczestnictwa w projekcie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny. Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy o uczestnictwie w projekcie, w zakresie wynikającym z przepisów prawa wymogów Instytucji wdrażającej/zarządzającej. Podanie innych danych niż wynikających z przepisów jest dobrowolne.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych.

.....
(podpis organizatora)

.....
(czytelny podpis pełnoletniego beneficjenta lub opiekuna)