



województwo  
**łódzkie**

dotacje  
**2024**



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

### Deklaracja uczestnictwa w zadaniu publicznym

**„Ku samodzielności - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa Łódzkiego”**

**(Działanie 2 - przeprowadzenie zajęć grupowych)**

Dane uczestnika zadania publicznego (zajęć grupowych):

.....  
(imię i nazwisko osoby z niepełno sprawnościami przystępującej do zadania publicznego)

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania uczestnika zajęć:

Ulica/Miejscowość ..... Nr domu/mieszkania .....

kod pocztowy ..... poczta .....

Gmina ..... Powiat ..... Województwo .....

Uczęszcza do placówki wsparcia instytucjonalnego .....  
lub nie korzysta z pobytu w placówce wsparcia - pozostaje w domu\*.

Orzeczenie o niepełnosprawności/orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne do dnia.....\*

Posiadanie niepełnosprawności związanej z autyzmem lub niepełnosprawności intelektualnej, lub niepełnosprawności sprzężonej – tak/nie\*

Dodatkowe informacje o specjalnych potrzebach uczestnika w związku z dostępnością (np. architektoniczną budynku, w zakresie komunikowania się) .....

.....  
\*- należy wypełnić, zaznaczyć właściwe

Dane opiekuna prawnego/opiekunów prawnych (wypełnić, jeżeli dotyczy):

Imię i nazwisko .....

Ulica/Miejscowość ..... Nr domu/mieszkania .....

Adres zamieszkania opiekuna prawnego:

kod pocztowy ..... poczta .....

Gmina ..... Powiat ..... Województwo .....

.....  
(miejscowość i data, czytelny podpis uczestnika zadania publicznego lub opiekuna prawnego uczestnika)

Celem sprawnego osobistego dostarczenia deklaracji lub potrzeby udzielenia dodatkowych wyjaśnień oraz informacji, albo w przypadku problemów z dostępnością treści niniejszego formularza prosimy o kontakt telefoniczny pod nr telefonu: **786 917 642**.

**Zadanie współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, będących w dyspozycji Województwa Łódzkiego**



województwo  
**łódzkie**

dotacje  
**2024**



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

- Wyrażam świadomą zgodę na udział ..... (imię i nazwisko), w zadaniu „Ku samodzielności - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa łódzkiego”, realizowanym przez Stowarzyszenie „Stacja Autyzm”\*.
- Jako rodzic/opiekun osoby z niepełnosprawnościami zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa tej osoby w zajęciach oraz do wypełniania ankiet i kwestionariuszy niezbędnych do prawidłowej realizacji zadania publicznego\*.
- Jako uczestnik zadania publicznego oświadczam, iż spełniam obligatoryjne warunki uczestnictwa w zajęciach określone w pkt. 4 i 11 „REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W ZAJĘCIACH GRUPOWYCH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZADANIA PUBLICZNEGO „KU SAMODZIELNOŚCI - WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO” i zobowiązuję się dostarczyć na wezwanie Stowarzyszenia „Stacja Autyzm” dokumenty potwierdzające ich spełnianie\*.
- Oświadczam, iż uczestnik zadania publicznego ..... (imię i nazwisko) spełnia obligatoryjne warunki uczestnictwa w zajęciach określone w pkt. 4 i 11 „REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W ZAJĘCIACH GRUPOWYCH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZADANIA PUBLICZNEGO „KU SAMODZIELNOŚCI - WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO” i zobowiązuję się dostarczyć na wezwanie Stowarzyszenia „Stacja Autyzm” dokumenty potwierdzające ich spełnianie\*.
- Jako uczestnik zadania publicznego zobowiązuję się do\*:
  - Systematycznego uczestnictwa w zajęciach,
  - Wypełniania ankiet i kwestionariuszy niezbędnych do prawidłowej realizacji zadania publicznego.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z „REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W ZAJĘCIACH GRUPOWYCH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZADANIA PUBLICZNEGO „KU SAMODZIELNOŚCI - WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO” i akceptuję jego warunki.
- Wyrażam zgodę na fotografowanie i bezterminowe udostępnianie mojego wizerunku/wizerunku .....(imię i nazwisko)\*, uczestniczącego w zadaniu publicznym w materiałach informacyjnych i promocyjnych dotyczących realizacji zadania publicznego „Ku samodzielności - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa łódzkiego” oraz materiałach promujących działalność Stowarzyszenia „Stacja Autyzm”. Jestem świadomy/-a, że wyrażenie powyższej zgody nie wiąże się z koniecznością wypłaty mi wynagrodzenia z tytułu jej wyrażenia.
- Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

\*-niepotrzebne skreślić

.....  
miejsce i data, czytelne podpisy odpowiednio do wypełnionych punktów (uczestnika zadania publicznego, rodzica lub opiekuna prawnego)

Niniejszy formularz należy dostarczyć **do dnia 3 października 2024r. do godz. 19<sup>00</sup>**.



województwo  
**łódzkie**

dotacje  
**2024**



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO  
ZADANIE PUBLICZNE „KU SAMODZIELNOŚCI - WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ  
Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest realizator zadania - Stowarzyszenie „Stacja Autyzm” (zwane dalej Stowarzyszeniem), z siedzibą w Kutnie, ul. Batorego 11/13.
2. Dane osobowe są przetwarzane przez Stowarzyszenie w celu realizacji zadań statutowych wskazanych w § 5 Statutu Stowarzyszenia „Stacja Autyzm” - w celu realizacji zadania publicznego „Ku samodzielności - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa łódzkiego”.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO – dane przetwarzane będą w celu realizacji umowy oraz uzasadniony interes Stowarzyszenia polegający na realizacji działalności statutowej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody w związku art. 6 ust. 1 lit. a 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 (tzw. RODO)
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych na potrzeby rekrutacji, monitoringu, kontroli i ewaluacji przedmiotowego zadania publicznego będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, zarząd stowarzyszenia, terapeuci, opiekunowie, pracownicy upoważnieni do kontroli przez Województwo łódzkie w związku z realizacją umowy nr 6/D/W/PFRON/2024 o wsparcie realizacji zadania publicznego „Ku samodzielności - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa łódzkiego”
6. Administrator gromadzi i przetwarza następujące dane osobowe:
  - a. w przypadku uczestników zadania: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, data urodzenia, dane dotyczące zdrowia, niepełnosprawności i szczególnych potrzeb, mail, telefon, dane placówki instytucjonalnego wsparcia,
  - b. w przypadku rodziców i opiekunów uczestników zadania: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, mail, telefon.
7. Dane osobowe będą przechowywane: w przypadku osób zakwalifikowanych do udziału w zadaniu publicznym – przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym zadanie publiczne zostało zrealizowane.
8. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, przy czym cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
9. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane udostępnione przez Państwo nie będą podlegały profilowaniu.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich przekazania lub wycofanie zgody na ich przetwarzanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu „Ku samodzielności - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa łódzkiego”.
12. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia o ich ochronie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z niniejszą klauzulą informacyjną**

.....  
(imię i nazwisko – czytelnie)

.....  
(podpis)

.....  
(miejscowość i data)