



Deklaracja uczestnictwa w zadaniu publicznym

„Aktywni i samodzielni - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa Łódzkiego”

Dane uczestnika zadania publicznego:.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnościami przystępującej do zadania publicznego)

Data urodzenia

Adres zamieszkania uczestnika zadania:

Ulica/Miejscowość Nr domu/mieszkania

kod pocztowy poczta

Gmina Powiat Województwo

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

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

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

Posiadanie złożonych problemów w zakresie komunikowania się – tak/nie*

(Zweryfikowane będzie podczas rozmowy z opiekunem potencjalnego uczestnika i polegało będzie na wypełnieniu podczas tej rozmowy przez specjalistę AAC specjalnego formularza dotyczącego umiejętności komunikacyjnych)

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

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

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania opiekuna prawnego:Ulica/Miejscowość

Nr domu/mieszkaniakod pocztowy poczta

Gmina Powiat Województwo

Adres mailowy.....

Wybór zajęć*:

- Działanie 2 - zajęcia grupowe
- Działanie 3 - zajęcia indywidualne z wykorzystaniem metod AAC
- Działanie 4 - zajęcia indywidualne, terapia pedagogiczna
- Działanie 5 - zajęcia ruchowe

*- należy wypełnić, zaznaczyć właściwe

.....
(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**.

- Wyrażam świadomą zgodę na udział w zadaniu

(imię i nazwisko),

„Aktywni i samodzielni- wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa Łódzkiego”, realizowanym przez Stowarzyszenie „Stacja Autyzm”.

- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że zadanie publiczne „Aktywni i samodzielni- wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa Łódzkiego” jest współfinansowane z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego i realizowane 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. Oświadczam, iż osoba zgłaszana do zadania spełnia obligatoryjne warunki uczestnictwa w zajęciach określone w „REGULAMINIE REKRUTACJI I UCZESTNICTWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W ZAJĘCIACH GRUPOWYCH I INDYWIDUALNYCH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZADANIA PUBLICZNEGO „AKTYWNI I SAMODZIELNI- 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 oświadczam, iż spełniam obligatoryjne warunki uczestnictwa w zajęciach określone w „REGULAMINIE REKRUTACJI I UCZESTNICTWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W ZAJĘCIACH GRUPOWYCH I INDYWIDUALNYCH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZADANIA PUBLICZNEGO „AKTYWNI I SAMODZIELNI - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa Łódzkiego” i zobowiązuję się dostarczyć na wezwanie Stowarzyszenia „Stacja Autyzm” dokumenty potwierdzające ich spełnianie.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z „REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W ZAJĘCIACH GRUPOWYCH I INDYWIDUALNYCH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZADANIA PUBLICZNEGO „AKTYWNI I SAMODZIELNI - wsparcie osób z niepełnosprawnością z terenu Województwa Łódzkiego” i akceptuję jego warunki.
- Wyrażam zgodę na fotografowanie i bezterminowe udostępnianie mojego wizerunku/wizerunku mojego dziecka* uczestniczącego w zadaniu publicznym w materiałach informacyjnych i promocyjnych dotyczących realizacji zadania publicznego „Aktywni i samodzielni- 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

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

Niniejszy formularz należy dostarczyć do dnia 9 maja 2025r. do godz. 17.⁰⁰



KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

ZADANIE PUBLICZNE „Aktywni i samodzielni - 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. Grunwaldzka 10.
2. Dane osobowe są przetwarzane przez Stowarzyszenie w celu realizacji zadań statutowych wskazanych w § 5 Statutu Stowarzyszenia „Stacja Autyzm” - w celu realizacji zadania publicznego „Aktywni i samodzielni- 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 RCPS Łódź w związku z realizacją umowy o wsparcie realizacji zadania publicznego „Aktywni i samodzielni- 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 i szczególnych potrzeb, e-mail, telefon;
 - b. w przypadku rodziców i opiekunów uczestników zadania: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, e-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 „ Aktywni i samodzielni- 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)