

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

w projekcie "Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE" realizowanego przez Fundację
Onkologiczną Rakiety w ramach konkursu „Siła możliwości” (1/2025)

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Projekt "Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE" (zwany dalej Projektem) finansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w ramach konkursu „Siła możliwości”.
2. Projekt realizowany jest w okresie: 01.04.2026 r. – 31.03.2027 r.
3. Celem projektu jest rehabilitacja społeczna i stymulacja 60 dorosłych osób posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 i 1981 oraz z 2022 r. poz.558), zamieszkałych na terenie woj. Mazowieckiego do podejmowania aktywności, przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność oraz wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością, umożliwienie OzN uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności, wprowadzenie usługi asystenta jako formy ogólnodostępnego wsparcia a także umożliwienie im realizowania prawa do niezależnego życia.
4. Realizatorem projektu jest Fundacja Onkologiczna Rakiety (dalej Realizator).
5. Informacje o Projekcie są dostępne na stronie internetowej projektu <https://fundacjarakiety.pl/moj-asystent-osobisty-iii/>; pod adresem e-mail: mazowsze@fundacjarakiety.pl lub pod numerem telefonu: tel.: 795 945 060, 732 642 222 oraz w biurze projektu: ul. Stryjeńskich 19 lok. U21/21A, 02-791 Warszawa

§ 2

ZASADY REKRUTACJI UCZESTNIKÓW

1. Osoby z niepełnosprawnością – należy przez to rozumieć osoby o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018r. poz.511, z późn. zm.).
2. Uczestnikami/-czkami Projektu mogą być osoby spełniające na dzień przystąpienia do projektu łącznie poniższe warunki:

Projekt pt. „Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE” realizowany jest w ramach konkursu „Siła możliwości” współfinansowanego ze środków PFRON



- a) osoby zamieszkałe na terenie woj. mazowieckiego;
 - b) posiadające orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne). **Zgodnie z warunkami konkursu z usług asystenta osobistego mogą korzystać wyłącznie osoby z niepełnosprawnością, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów** co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im w sposób istotny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami. **Osoby posiadające inne dysfunkcje niż wskazane powyżej nie mogą zostać zakwalifikowane do udziału w projekcie dotyczącym realizacji usług asystenckich.**
 - c) nie biorące udziału w innych projektach finansowanych ze środków PFRON. (Beneficjent ostateczny projektu nie może korzystać z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów)
 - d) nie korzystające z usług asystencji osobistej w innych programach/projektach finansowanych ze środków publicznych;
 - e) akceptujące warunki niniejszego Regulaminu;
 - f) zakwalifikowane do udziału w projekcie.
3. Kwalifikowalność osób zgłaszających chęć udziału w projekcie weryfikowana jest na etapie rekrutacji do Projektu w oparciu o dokumenty rekrutacyjne (zał. nr 1-3 do niniejszego Regulaminu: Formularz rekrutacyjny, Deklaracja uczestnictwa, Zgoda na przetwarzanie danych osobowych); kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wystawionego przez właściwy organ.
4. Beneficjent ostateczny posiadający czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie uczestnictwa w projekcie, może korzystać ze wsparcia przed wydaniem kolejnego orzeczenia – z zastrzeżeniem, iż koszty udziału beneficjenta w projekcie mogą zostać uznane za kwalifikowalne jedynie wówczas, gdy wydane zostanie kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (obejmujące okres korzystania ze wsparcia w projekcie).
5. Beneficjentami ostatecznymi projektu, w którym realizowana jest usługa asystencka mogą być uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy lub innych placówek – o ile zakres realizowanego w projekcie wsparcia nie powiela się z działaniami podejmowanymi w placówce na rzecz danego uczestnika, zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii lub indywidualnym planem postępowania wspierająco aktywizującego lub innym planem/programem wsparcia opracowanym zgodnie z wymogami wynikającymi z przepisów normujących sposób funkcjonowania placówki.



6. Rekrutacja uczestników do projektu będzie prowadzona w sposób ciągły, do momentu wyczerpania limitu 60 miejsc. O zakwalifikowaniu do projektu decydować będzie kolejność zgłoszeń, przy jednoczesnym spełnieniu kryteriów formalnych udziału w projekcie.
7. Po zakończeniu procesu rekrutacji oraz opracowaniu Indywidualnych Planów Działania dla wszystkich zakwalifikowanych uczestników (60 osób), Realizator dokona analizy i przeliczenia łącznej puli zaplanowanych godzin wsparcia.
8. W przypadku niewykorzystania pełnej puli godzin (wynikającej z indywidualnego dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników), możliwe będzie zakwalifikowanie kolejnych osób z listy rezerwowej – zgodnie z kolejnością zgłoszeń – do wysokości dostępnych godzin możliwych do zagospodarowania.
9. Realizator zastrzega, iż ostateczne przyznanie form i zakresu wsparcia dla uczestników projektu, w tym usług asystenckich oraz usług menadżera opieki, uzależnione będzie od indywidualnych potrzeb uczestnika zdiagnozowanych na etapie wstępnej diagnozy, prowadzonej w trakcie spotkań z psychologiem oraz menadżerem opieki.
10. Osoby zainteresowane uczestnictwem w Projekcie proszone są o kontakt telefoniczny/mailowy w celu ustalenia dogodnej formy rekrutacji.
11. Dokumenty rekrutacyjne muszą być: kompletne, wypełnione w języku polskim, wypełnione komputerowo lub w sposób czytelny odręcznie, czytelnie podpisane we wszystkich wskazanych polach, złożone zgodnie ze wzorem udostępnionym przez Realizatora Projektu.
12. W przypadku braku możliwości podpisania dokumentów przez Kandydata do projektu/Beneficjenta Ostatecznego dopuszcza się możliwość podpisu przez opiekuna prawnego lub faktycznego.
13. Zgłoszenia przyjmowane będą osobiście oraz za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub poczty elektronicznej (jako skan podpisanych dokumentów).
14. Adres korespondencyjny oraz adres mailowy, na który należy przestać dokumenty rekrutacyjne:

Fundacja Onkologiczna Rakiety

ul. Stryjeńskich 19 lok. U21/21A

02-791 Warszawa

e-mail: mazowsze@fundacjarakiety.pl

15. W przypadku, gdy liczba zgłoszeń przekroczy liczbę miejsc w Projekcie, Realizator utworzy listy rezerwowe. Osoby z listy rezerwowej będą mogły rozpocząć udział w Projekcie w przypadku rezygnacji, któregoś z Uczestników/-czek.
16. Po przeprowadzeniu rekrutacji i wypełnieniu liczby 60 miejsc i zaplanowaniu wsparcia dla każdego z UP (adekwatnie do jego potrzeb) tj. do 200 godzin usług asystenckich na cały projekt oraz do 10 godzin usług menadżera opieki, zostanie przeliczona pula godzin (uczestnik będzie mieć prawo zawnioskowania o mniejszą liczbę godzin). W sytuacji pojawienia się puli godzin „wolnych” do projektu kolejno zostaną zakwalifikowane następne osoby z listy rezerwowej - do wysokości dostępnych godzin do zagospodarowania.
17. Realizator zastrzega, iż wypełnienie i przesłanie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do udziału w Projekcie, a złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację projektową.
18. Kandydaci, którzy zostaną zakwalifikowani do udziału w projekcie zostaną poinformowani telefonicznie.
19. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo wprowadzenia dodatkowych kryteriów kwalifikacji w przypadku dużej ilości zgłoszeń.
20. Od decyzji o przyjęciu/odrzuconiu Kandydata nie przysługuje odwołanie.

§ 3

ZAKRES WSPARCIA W PROJEKCIE

1. Wsparcie w ramach projektu realizowane będzie w oparciu o indywidualną ścieżkę uczestnictwa każdego Beneficjenta Ostatecznego (BO), obejmującą następujące etapy:

Złożenie dokumentów rekrutacyjnych oraz weryfikacja spełnienia kryteriów formalnych udziału w projekcie.

Zakwalifikowanie do udziału w projekcie zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie rekrutacji.

Przeprowadzenie indywidualnej diagnozy potrzeb, obejmującej cykl spotkań z psychologiem oraz menadżerem opieki, realizowanych w miejscu zamieszkania BO. Efektem diagnozy będzie opracowanie Indywidualnego Planu Działania (IPD), określającego indywidualny zakres merytoryczny oraz czasowy wsparcia.



Realizacja wsparcia wynikającego z IPD, ukierunkowanego na zwiększenie samodzielności BO, obejmującego w szczególności:

- usługi menadżera opieki – średnio 10 godzin na uczestnika,
- usługi asystencji osobistej – średnio 200 godzin na uczestnika, przy czym ostateczny wymiar wsparcia ustalany będzie indywidualnie zgodnie z zapisami IPD.

Indywidualne spotkanie podsumowujące z psychologiem, mające na celu ocenę stopnia zwiększenia samodzielności BO w wyniku udziału w projekcie.

2. Wszystkie działania realizowane w ramach projektu będą miały charakter zindywidualizowany i zostaną dostosowane do potrzeb, możliwości oraz sytuacji życiowej Beneficjentów Ostatecznych, tak aby w możliwie największym stopniu przyczynić się do poprawy ich funkcjonowania społecznego oraz zwiększenia poziomu samodzielności.

3. Realizator zastrzega, iż ostateczne przyznanie form i zakresu wsparcia dla uczestników projektu, w tym usług asystenckich oraz usług menadżera opieki, uzależnione będzie od indywidualnych potrzeb uczestnika zdiagnozowanych na etapie wstępnej diagnozy, prowadzonej w trakcie spotkań z psychologiem oraz menadżerem opieki.

§ 4

OBOWIĄZKI I PRAWA UCZESTNIKÓW/-CZEK PROJEKTU

1. Każdy z Uczestników/-czek zobowiązany jest do:
 - a) złożenia kompletu wymaganych dokumentów rekrutacyjnych;
 - b) zapoznania się z niniejszym Regulaminem, akceptacji jego postanowień i potwierdzenia tego faktu własnoręcznym podpisem na deklaracji uczestnictwa w Projekcie;
 - c) aktywnego uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia.
2. Uczestnik/-czka w trakcie projektu ma zapewnione:
 - a) przygotowanie i wdrożenie Indywidualnego Planu Działania (IPD) opracowanego w trakcie spotkań z psychologiem i menadżerem opieki (4h),
 - b) usługi menadżera opieki (śr. 10 h),
 - c) usługi asystencji osobistej (śr. 200h),
 - d) dokonanie oceny wzrostu samodzielności (2h spotkanie z psychologiem)
3. Uczestnik/-czka jest zobowiązany/-a do aktywnego udziału we wszystkich badaniach monitoringowych prowadzonych w ramach Projektu, w tym do wypełnienia wszelkich ankiet i



testów przedkładanych w trakcie i po zakończeniu projektu. Badania mogą także obejmować ankietę telefoniczną. Celem ww. badań jest tylko i wyłącznie realizacja niniejszego Projektu.

4. Beneficjent Ostateczny będzie miał możliwość dokonania wyboru asystenta spośród Wykonawców Realizatora lub też zaproponowania swojego, mając na uwadze wymagania określone dla asystentów.
5. Z każdym Uczestnikiem/-czką zostanie podpisany kontrakt trójstronny w którym zostaną określone prawa i obowiązki każdej strony, a także zakres czynności oraz przyznana liczba godzin usług.
6. Usługi asystenta mogą być realizowane przez 7 dni w tygodniu. Limit godzin usług asystenckich przypadających na jednego uczestnika ustalany będzie indywidualnie w zależności od sytuacji zdrowotnej i socjalno-bytowej oraz realnych potrzeb Uczestnika/-czki.
7. Usługi asystenckie realizowane w ramach projektu będą nieodpłatne.
8. Każdy Uczestnik/-czka ma prawo do zgłaszania uwag do formy wsparcia, którym został/-a objęty/-a w realizowanym projekcie na adres korespondencyjny Realizatora Projektu lub na adres mailowy: mazowsze@fundacjarakiety.pl.
9. Uczestnik/-czka wyraża zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych do PFRON oraz na potrzeby procesu rekrutacji, realizacji projektu i dokumentacji Projektu przez Realizatora Projektu.

§ 5

ZASADY REZYGNACJI I WYKLUCZENIA Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. W przypadku rezygnacji z udziału w Projekcie Uczestnik Projektu zobowiązuje się, w terminie do 2 dni kalendarzowych od momentu zaistnienia przyczyn powodujących konieczność rezygnacji, dostarczyć do Realizatora pisemną informację o tym fakcie (osobiście, e-mailem bądź za pośrednictwem poczty) w postaci Oświadczenia o rezygnacji z Projektu.
2. Realizator zastrzega możliwość odmówienia w przyszłości udzielenia wsparcia osobom, które bez ważnych przyczyn zrezygnowały z udziału w projekcie.
3. Uczestnik/-czka może zostać wykluczony/-a z udziału w Projekcie z powodu:
 - a) podania w Dokumentach rekrutacyjnych nieprawdziwych danych i informacji;
 - b) naruszenia zasad wynikających z niniejszego Regulaminu.
4. Decyzję w zakresie wykluczenia Uczestnika z udziału w Projekcie ostatecznie podejmuje Realizator Projektu.



5. Uczestnik/-czka Projektu, który/-a został/-a wykluczony/-a z Projektu z powodów określonych w ust. 3 jest zobowiązany/-a do zwrotu kosztów swojego uczestnictwa w Projekcie, w terminie 14 dni po otrzymaniu pisemnego wezwania przesłanego listem poleconym na wskazany przez Uczestnika w umowie adres zamieszkania i na rachunek bankowy wskazany przez Realizatora Projektu.

6. W przypadku, gdyby którekolwiek ze złożonych oświadczeń Uczestnika/-czki Projektu było nieprawdziwe, poniesie on pełną odpowiedzialność wynikającą z tego faktu, włącznie ze zwrotem środków, gdyby Instytucja Organizująca Konkurs bądź inna instytucja kontrolująca uznała Uczestnika/-czkę Projektu za niekwalifikowanego do uczestnictwa w Projekcie.

§ 6

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ogólny nadzór oraz rozstrzygnięcie spraw nieuregulowanych w Regulaminie należy do kompetencji Realizatora Projektu.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zmiany postanowień Regulaminu, o czym poinformuje Uczestników Projektu poprzez komunikat na stronie internetowej.
3. Wszelkie spory wynikłe w trakcie realizacji Projektu, rozwiązywane będą polubownie, do czego zobowiązuje się zarówno Realizator Projektu, jak i Uczestnik/-czka Projektu.
4. Sprawy nieuregulowane niniejszym regulaminem rozstrzygane są przez Realizatora Projektu w oparciu o przepisy Kodeksu Cywilnego.
5. Powyższy Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.04.2026 r. roku i obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.

Załączniki:

1. Formularz rekrutacyjny
2. Deklaracja uczestnictwa w Projekcie
3. Deklaracja Rodo

FORMULARZ REKRUTACYJNY
w projekcie „Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE”
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety w
ramach konkursu „Siła możliwości”

Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie (Proszę uzupełnić wszystkie pola czytelnie drukowanymi literami lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”)																						
Dane osobowe	Imię/Imiona																					
	Nazwisko																					
	PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
Wiek w chwili przystąpienia do projektu																						
Adres zamieszkania	Województwo																					
	Ulica																					
	Numer domu																					
	Numer lokalu																					
	Miejscowość																					
	Kod pocztowy																					
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy																					
	Adres (e-mail)																					
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)																					
Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia:	<p align="center">.....</p>																					
Stopień i symbol przyczyny niepełnosprawności	Znaczny, symbol.....	<input type="checkbox"/>																				
	Umiarkowany, symbol	<input type="checkbox"/>																				
Przyczyna	Naruszenie sprawności fizycznej	<input type="checkbox"/>																				

niepełnosprawności	Naruszenie sprawności psychicznej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności intelektualnej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności zmysłów	<input type="checkbox"/>
	Inna (proszę wskazać jaka.....)	<input type="checkbox"/>
Wykształcenie	niepełne podstawowe <input type="checkbox"/>	
	podstawowe <input type="checkbox"/>	
	gimnazjalne <input type="checkbox"/>	
	zawodowe <input type="checkbox"/>	
	średnie <input type="checkbox"/>	
	policealne <input type="checkbox"/>	
	wyższe <input type="checkbox"/>	
Status na rynku pracy	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>	
	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>	
	Osoba poszukująca pracy zatrudniona <input type="checkbox"/>	
	Osoba poszukująca pracy niezatrudniona <input type="checkbox"/>	
	Osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/>	
	Osoba zatrudniona w ZAZ <input type="checkbox"/>	
	Osoba zatrudniona w ZPCH <input type="checkbox"/>	
	Osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/>	
Uczestnictwo w Warsztatach terapii zajęciowej/ ŚDS/inne placówki wsparcia dziennego	TAK (proszę wskazać nazwę placówki)	<input type="checkbox"/>
	NIE	<input type="checkbox"/>
	ABSOLWENT WTZ	<input type="checkbox"/>



Oświadczam, że:

- nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w ramach kierunku pomocy 2 tj. *Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych, Typ projektu 4: Wsparcie realizowane poza placówką* (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające).
- zakres wsparcia, z którego zamierzam skorzystać w ramach projektu nie powiela się z działaniami podejmowanymi na moją rzecz w wyżej wskazanej placówce, realizowanymi zgodnie z: indywidualnym programem rehabilitacji i terapii / indywidualnym planem postępowania wspierająco-aktywizującego / innym planem/programem wsparcia opracowanym zgodnie z obowiązującymi przepisami (*o ile dotyczy*)
- wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczone/zostałam pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- zamieszkuję na terenie województwa mazowieckiego pod wyżej wskazanym adresem.

Data i czytelny podpis
Kandydata/-tki lub opiekuna prawnego/faktycznego

Załącznik nr 2 do Regulaminu

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA
w projekcie „Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE”
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety
w ramach konkursu "Siła możliwości"**

Ja, niżej podpisany/podpisana

PESEL (lub data urodzenia)
-----------------------------------	-------

Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.

2. Dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym, w tym wszystkie udzielone informacje, są zgodne z prawdą.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że mogę brać udział w kilku projektach realizowanych równocześnie, pod warunkiem osiągnięcia w każdym z nich **odmiennych efektów wsparcia**.

4. Zapoznałem/-am się z postanowieniami **Regulaminu** uczestnictwa w projekcie "Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE" i akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do ich bezwzględnego przestrzegania.

5. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Polityki Ochrony Danych Osobowych Organizatora oraz została mi przedstawiona Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych Organizatora zawarta w załączniku nr 3.

6. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora.

7. Zostałem/-am poinformowany/-a o **współfinansowaniu projektu** "Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE" realizowanego w ramach konkursu "Siła możliwości" **ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**.

.....
Miejscowość i data

Podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego/faktycznego

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Fundację Onkologiczną Rakiety oraz PFRON w ramach projektu „Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE”

W związku z przystąpieniem do projektu „**Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE**” zwanym dalej „Projektem”, **wyrażam zgodę** na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c oraz art. 9 ust 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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

.....
Podpis - Imię i nazwisko uczestnika projektu



**Oświadczenie Uczestnika Projektu
„Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE”
(wynikające z obowiązku informacyjnego w związku z art.13 i art. 14 Rozporządzenia
Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679)**

przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, 00-828,

oraz

- 2) Fundacja Onkologiczna Rakiety z siedzibą 02-791 Warszawa, ul. Stryjeńskich 19 lok.U21/21A, tel. 22 299 29 28, e-mail: biuro@fundacjarakiety.pl

zwani łącznie Administratorami

- 3) Administratorzy prowadzą operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 4) Pan/Pani dane osobowe mogą zostać powierzone:
 - podmiotom działającym na zlecenie Fundacja Onkologiczna Rakiety w związku z realizacją Projektu, na podstawie udzielonego upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zawartego w umowie o świadczenie danych usług,
 - podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratorów,
 - podmiotom/organom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np.; sądom, organom ścigania, instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem i w oparciu o stosowną podstawę prawną.
- 5) Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) W przypadku przetwarzania danych osobowych przez PFRON spełnione są przesłanki wynikające z art. 6 ust.1 lit. b, c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. B, c, g RODO – dlatego nie jest konieczne uzyskanie przez PFRON (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od Uczestników projektu. PFRON i Fundacja Onkologiczna Rakiety przetwarzają dane osobowe ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu, audytu i sprawozdawczości z realizacji projektu oraz działań informacyjno-promocyjnych oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON i Fundacja Onkologiczna Rakiety.
- 7) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
- 8) Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a i c Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE)2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.



9) Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratorów dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych PFRON wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@pfron.org.pl lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
- skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych Fundacji Onkologicznej Rakiety wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@fundacjarakiety.pl lub na adres 02-791 Warszawa, ul. Stryjeńskich 19 lok.U21/21A
- wniesienia sprzeciwu wobec takie go przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

10) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

11) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 7 lat.

Miejscowość i data

Podpis Kandydatka/-tki lub opiekuna
Prawnego/faktycznego

OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z TYCH SAMYCH USŁUG FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, niniejszym oświadczam, że:

1. Na dzień składania dokumentów zgłoszeniowych do projektu pn. „**Mój asystent osobisty III_MAZOWSZE**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w ramach konkursu „Siła możliwości” **nie biorę udziału w żadnym projekcie, programie ani zadaniu finansowanym ze środków publicznych, w ramach którego świadczone są usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami**
2. Jestem świadomy/a, że w trakcie uczestnictwa w niniejszym projekcie nie mogę jednocześnie korzystać z usług asystencji osobistej w innym projekcie, programie lub zadaniu finansowanym ze środków publicznych, że nie jest możliwe podwójne finansowanie tej samej usługi z różnych programów lub źródeł środków publicznych.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora projektu o każdej zmianie mojej sytuacji, która mogłaby wpłynąć na prawo do uczestnictwa w projekcie

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis Beneficjenta lub Opiekuna prawnego)