

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

**do udziału w projekcie „Trening aktywności sposobem na aktywne życie”
realizowanym przez Stowarzyszenie My dla Innych**

DANE OSOBOWE		
Imię	Nazwisko	PESEL
Data urodzenia	Wiek	Płeć
		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE		
Ulica	Nr domu i lokalu	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo	Nr telefonu
Adres e-mail		
Osoba do kontaktu w nagłych sytuacjach tj. zagrożenia zdrowia, życia itp.	Imię i nazwisko: Adres: Telefon:	
Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Miasto do 20 000 mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto 20 000 – 50 000 mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto 50 000 – 100 000 mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto powyżej 100 000 mieszkańców	
Czy jesteś ubezpieczony/ona?	<input type="checkbox"/> TAK, całkowicie <input type="checkbox"/> TAK, częściowo dane opiekuna prawnego (imię, nazwisko, telefon): <input type="checkbox"/> NIE	

INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA	
Renta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zasiłek stały z MOPS	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności
<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny	<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenia narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm
Przyjmowane leki (dawkowanie, okoliczności, samodzielność przyjmowania)
Przebyte choroby/dodatkowe schorzenia	
Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jakiej?
Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestniczenia w wybranych zajęciach np. sportowe, kulinarne, rekreacyjne (uczulenia, choroba lokomocyjna itp.)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jakiej?
Jakie masz dotychczasowe doświadczenia w korzystaniu z pomocy terapeutycznej, rewalidacyjnej, społecznej? (np. psycholog, psychiatra, terapeuta, fizjoterapeuta)



WYKSZTAŁCENIE	
Nabyte	<input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa specjalna <input type="checkbox"/> Szkoła podstawowa integracyjna <input type="checkbox"/> Gimnazjum <input type="checkbox"/> Gimnazjum specjalne <input type="checkbox"/> Gimnazjum integracyjne <input type="checkbox"/> Zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> Zasadnicza szkoła specjalna <input type="checkbox"/> Szkoła przysposabiająca do zawodu <input type="checkbox"/> Liceum integracyjne <input type="checkbox"/> Uczelnia wyższa <input type="checkbox"/> Inne, jakie?
Czy kontynuujesz naukę?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Gdzie?
Czy posiadasz inne kwalifikacje?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jakie?

ZATRUDNIENIE			
Czy jesteś?	<input type="checkbox"/> Poszukujący pracy niezatrudniony <input type="checkbox"/> Poszukujący pracy zatrudniony <input type="checkbox"/> Bezrobotny (zarejestrowany w UP) <input type="checkbox"/> Zatrudniony w ZAZ <input type="checkbox"/> Zatrudniony w ZPCH <input type="checkbox"/> Zatrudniony na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/> Nieaktywny zawodowo		
Rejestracja w PUP	<input type="checkbox"/> Zarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> Niezarejestrowany w PUP		
Czy kiedykolwiek pracowałeś?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Gdzie?		
Czy jesteś uczestnikiem?		Absolwent (Od kiedy? Dlaczego?)	Uczestnik
	WTZ		
	ŚDS		
	DPS		
	Inne, np. AKTYWNI, ALPI itp.		

INFORMACJE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W ZAJĘCIACH PROJEKTOWYCH	
Czy masz swoje oczekiwania dotyczące uczestnictwa w projekcie?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jakie?
Czym się interesujesz?

Oświadczam, że:

- Przyjmuję do wiadomości, iż na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.:
 - administratorem danych jest Stowarzyszenie My dla Innych ul. Antoniuk Fabryczny 34, 15-741 Białystok, email: marzdlainnych@gmail.com;
 - dane osobowe będą przetwarzane w ramach projektu „Trening aktywności sposobem na aktywne życie” i będą udostępniane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem Systemu Ewidencji Godzin Wsparcia (EGW);
 - podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji do projektu „Trening aktywności sposobem na aktywne życie”;
 - osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
 - dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji, lub do momentu odwołania zgody (zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie);
 - dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.
- Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów aktywizujących.

.....
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
 CZYTELNY PODPIS OSOBY
 Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

.....
 PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO