

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie „Trening aktywności szansą na samodzielność”
realizowanym przez Stowarzyszenie My dla Innych

DANE OSOBOWE		
IMIĘ	NAZWISKO	PESEL
DATA URODZENIA	WIEK	PŁEĆ

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE		
ULICA	NUMER DOMU I LOKALU	KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	WOJEWÓDZTWO	NUMER TELEFONU
MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA	<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	

WYKSZTAŁCENIE	
Nabyte:	<input type="checkbox"/> 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
Czy kontynuujesz naukę ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

ZATRUDNIENIE	
Czy jesteś:	<input type="checkbox"/> Nieaktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> Poszukujący/a pracy niezatrudniony/ona <input type="checkbox"/> Poszukujący/a pracy zatrudniony/ona <input type="checkbox"/> Bezrobotny/a <input type="checkbox"/> Zatrudniony/a w ZAZ <input type="checkbox"/> Zatrudniony/a w ZPCH <input type="checkbox"/> Zatrudniony/a na otwartym rynku pracy
Rejestracja w PUP	<input type="checkbox"/> Zarejestrowany/a w PUP <input type="checkbox"/> Niezarejestrowany/a w PUP

KORZYSTANIE Z INNYCH FORM WSPARCIA		
Warsztat Terapii Zajęciowej		
<input type="checkbox"/> Nie byłem/am w WTZ	<input type="checkbox"/> Absolwent WTZ	<input type="checkbox"/> Uczestnik/czka WTZ
Środowiskowy Dom Samopomocy		
<input type="checkbox"/> Nie byłem/am w ŚDS	<input type="checkbox"/> Absolwent ŚDS	<input type="checkbox"/> Uczestnik/czka ŚDS
Dom Pomocy Społecznej		
<input type="checkbox"/> Nie byłem/am w DPS	<input type="checkbox"/> Mieszkałem/am w DPS	<input type="checkbox"/> Mieszkaniec/ka DPS
Czy korzystasz ze wsparcia w innej organizacji ? (np. ALPI, AKTYWNI itp.)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA	
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 – upośledzenie 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, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego; <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe.
Inne choroby/dodatkowe schorzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej ?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestniczenia w poszczególnych treningach? (np. uczulenia, choroba lokomocyjna)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Czy jesteś ubezpieczony/ubezpieczona ?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Imię i nazwisko opiekuna prawnego: Numer telefonu:
Osoba do kontaktu w nagłych sytuacjach tj. zagrożenia zdrowia, życia itp.	Imię i nazwisko..... Telefon.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że:

1. 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. Morelowa 23, 15-802 Białystok, email: kontakt@mydlainnych.pl;
 - dane osobowe będą przetwarzane w ramach projektu **Trening aktywności szansą na samodzielność** i będą udostępniane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
 - podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji do projektu **Trening aktywności szansą na samodzielność**;
 - 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.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Trening aktywności szansą na samodzielność”.

Białystok, dn.

.....
Podpis

.....
Podpis opiekuna prawnego