

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w Projekcie „Wsparcie Trenera Pracy w realizacji Zatrudnienia Wspomagane” realizowanego przez **Stowarzyszenie My dla Innych**.

Zatrudnienie wspomagane to proces przygotowujący do zatrudnienia osoby z niepełnosprawnością na otwartym rynku pracy, przy wsparciu Trenera Pracy. Działania skierowane są do osób z niepełnosprawnościami, które mają szczególne trudności w samodzielnym znalezieniu i/lub utrzymaniu pracy.

DANE OSOBOWE							
imię		nazwisko			pesel		
data urodzenia		wiek	płeć		obywatelstwo		
DANE KONTAKTOWE							
e-mail					nr telefonu		
ADRES ZAMIESZKANIA							
województwo		powiat			gmina		
miejscowość			kod		poczta		
ulica				nr domu		nr lokalu	
MIASTO		<input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20 tys. - 50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 50 tys. - 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 1 00 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś					
renta		zasitek stały		zasitek pielęgnacyjny		ubezwłasnowolnienie	
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności (zaznacz wszystkie kody niepełnosprawności, jakie posiadasz)
<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> 01-U niepełnosprawność intelektualna (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
WYKSZTAŁCENIE	
<p style="text-align: center;">NABYTE</p>	<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
<p style="text-align: center;">Czy kontynuujesz naukę?</p>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak gdzie?.....
<p style="text-align: center;">Czy posiadasz inne kwalifikacje?</p>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak jakie?.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI NA RYNKU PRACY					
rejestracja w Powiatowym Urzędzie Pracy (PUP)	<input type="checkbox"/> zarejestrowany w PUP <input type="checkbox"/> niezarejestrowany w PUP				
Czy jesteś?	<input type="checkbox"/> poszukujący pracy niezatrudniony <input type="checkbox"/> poszukujący pracy zatrudniony <input type="checkbox"/> bezrobotny (zarejestrowany w PUP) <input type="checkbox"/> zatrudniony w Zakładzie Aktywności Zawodowej (ZAZ) <input type="checkbox"/> zatrudniony w Zakładzie Pacy Chronionej (ZPCH) <input type="checkbox"/> zatrudniony na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/> nieaktywny (bierny) zawodowo				
Czy jesteś uczestnikiem/absolwentem?	Placówka	Uczestnik		Absolwent (od kiedy?)	
	Warsztat Terapii Zajęciowej (WTZ)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	Środowiskowy Dom Samopomocy (ŚDS)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	Dom Pomocy Społecznej (DPS)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	Inne (jakie?)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
INNA OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU					
imię i nazwisko osoby upoważnionej	nr telefonu osoby upoważnionej		e-mail osoby upoważnionej		
KLUCZOWE OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU					

UWAGI!

Oświadczam, że:

1. Jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych. Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego:
2. Przyjmuję do wiadomości, iż na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.:
 - administratorem danych jest **Stowarzyszenie My dla Innych, ul. Morelowa 23, 15-802, Białystok**, email: kontakt@mydlainnych.com;
 - dane osobowe będą przetwarzane w ramach Projektu „Wsparcie Trenera Pracy w realizacji Zatrudnienia Wspomagane” 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 „Wsparcie Trenera Pracy w realizacji Zatrudnienia Wspomagane”;
 - 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 2016r.;
 - 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.
3. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów aktywizujących zawodowo.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością

.....
podpis opiekuna prawnego²

¹ Należy uwzględnić ewentualną konieczność pomocy innych osób, np.. tłumaczy-przewodników, tłumaczy języka migowego, asystentów itd.

² W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądownie, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.