



FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROGRAMU „ZA ŻYCIEM”

Ja niżej podpisany.....
/imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

deklaruję chęć: */zaznaczyć właściwe/

- przystąpienia mojego dziecka do udziału
- kontynuacji mojego dziecka

w rządowym programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” realizowanym przez Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy (WOKRO) działający przy Szkole Podstawowej Specjalnej nr 41 im. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w Zabrze, ul. Konopnickiej 3, 41-800 Zabrze.

DANE DZIECKA

1. IMIĘ i NAZWISKO:

2. DATA URODZENIA:

3. PESEL:

4. ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

5. NR TEL. DO RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA DZIECKA:

6. NAZWA PLACÓWKI DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO (ŻŁOBEK/
PRZEDSZKOLE, ADRES):

.....

/kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania/

7. OŚWIADCZENIA RODZICA/ PRAWNEGO OPIEKUNA DZIECKA:

1) Oświadczam, że moje dziecko jest objęte wychowaniem przedszkolnym w Przedszkolu nr
..... w

Dziecko uczęszcza do grupy (proszę zaznaczyć „X”):

- Ogólnodostępnej
- Integracyjnej
- Specjalnej

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/



2) Oświadczam, że moje dziecko:

a) jest objęte zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, które realizuje w:

.....

/proszę podać nazwę i adres placówki/

b) W ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka jest objęte terapią:

.....

/proszę podać rodzaj terapii np. logopedia, SI itp./

w liczbie godzin tygodniowo.

c) Dziecko posiada opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka /Proszę zaznaczyć „X”/

Tak

Nie

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

3) Oświadczam, iż moje dziecko nie jest objęte zajęciami terapeutycznymi w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w innym ośrodku.

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

4) Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji do programu „Za życiem” oraz regulaminem ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego.

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

5) Zostałem poinformowany, iż mój udział w Programie jest bezpłatny oraz uczestniczę w projekcie finansowanym ze środków publicznych.

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

6) Mój udział w programie jest dobrowolny.

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, iż dane podane w deklaracji uczestnictwa w programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” są zgodne z prawdą.

.....
/podpis rodzica/prawnego opiekuna składającego deklarację/

UZASADNIENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU – nie trzeba wypełniać w przypadku kontynuacji



Moje dziecko jest dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub dzieckiem niepełnosprawnym, posiadającym jeden z wymienionych poniżej dokumentów (zaznaczyć „x” przy dołączonym dokumencie):

- opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- zaświadczenie lekarskie z informacją o schorzeniu wg klasyfikacji ICD-10
- zaświadczenie lekarskie zgodne z ustawą „Za życiem”
- orzeczenie o niepełnosprawności

UWAGA

1. W przypadku kontynuacji przez dziecko zajęć w Programie, nie są wymagane dokumenty kwalifikacyjne, z wyjątkiem tych, które utraciły ważność lub nowych uzyskanych przez dziecko.
2. **Złożenie niniejszego formularza – nie gwarantuje zakwalifikowania dziecka do Programu, ponieważ uwarunkowane jest to ilością miejsc oraz dostępnością terapeutów i specjalistów zatrudnionych w Programie.**
3. **Liczba godzin zajęć realizowanych przez dziecko w ramach Programu – w trakcie jego trwania – może ulec zmianie.**



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzania danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie obejmującym:

- dane osobowe (imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania),
- o dane kontaktowe (nr telefonu),
- o dane dotyczące problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka (kody ICD-10),
- o szczegółów dotyczących wsparcia (data rozpoczęcia i zakończenia udziału w programie, rodzaju i zakresu otrzymanego wsparcia, oceny efektywności) przez Administratora Danych, którym jest Szkoła Podstawowa Specjalna nr 41 w Zabrzu 41-800 Zabrze, ul. Konopnickiej 3.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji programu Kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, w szczególności w celu: ustalenia rodzaju i zakresu wsparcia, monitoringu i ewaluacji wsparcia, kontroli, audytu i sprawozdawczości, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz w zakresie niezbędnym, uzasadnionym celem. Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom, jeśli zachodzi taka potrzeba w związku z realizacją ww. celów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, niezbędnych do udziału w Programie i wynikających z obowiązków dot. udziału w Programie zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

Zgodnie z art. 13 oraz 14 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 (Dz. Urz. UE. L Nr 119), przekazujemy Państwu treść obowiązku informacyjnego.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Szkoła Podstawowa Specjalna Nr 41 w Zabrzu przy ul. Konopnickiej 3, reprezentowana przez Panią Dyrektora Jolantę Mazur, tel. 32 271 02 15, strona internetowa: www.sp41s.zabrze.pl, e-mail: sekretariat@sp41s.zabrze.pl. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora danych można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: patrycja@informatics.jaworzno.pl oraz listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora. Dane są przetwarzane w celu realizacji programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, a w szczególności wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny. Podstawę prawną Administratora stanowi UCHWAŁA NR 160 RADY MINISTRÓW z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat. Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem. Państwa dane w przypadkach ściśle określonych przepisami prawa mogą zostać ujawnione poprzez przesłanie uprawnionym podmiotom. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych poza Europejski Obszar Gospodarczy. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również profilowane.

Informujemy, że przysługują Państwu następujące prawa dotyczące danych osobowych: dostępu do danych osobowych; sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, w przypadku, gdy Państwa zdaniem są one nieprawidłowe lub niekompletne; ograniczenia przetwarzania danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych z przyczyn związanych z Państwa szczególną sytuacją, wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, Warszawa.

.....
/data i podpis rodzica/opiekuna prawnego/