



Fundacja Mocni Mocą Nadziei,
Białoskóry 31, 09-212 Sierpc

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY Udziału w projekcie pn. „Dzienny Dom Pobytu – Przystań”

Imię i Nazwisko:	
Adres (województwo, gmina, kod pocztowy, miejscowość, ulica):	
Dane kontaktowe (nr telefonu, e-mail, itp.):	
Dane kontaktowe członka rodziny/opiekuna (Imię, Nazwisko, nr telefony, e-mail. adres)	
Orzeczenie o niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/>
	NIE <input type="checkbox"/>

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW Z BUDŻETU
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO.

Mazowsze >> dla organizacji
pozarządowych >



25^{lat} Mazowsze

<p>Oświadczenie o pierwszym stadium choroby Alzheimera (<u>UWAGA: kopia oświadczenia stanowi wymagany załącznik do formularza zgłoszeniowego</u>).</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>WYDANO DNIA: <input type="text"/></p> <p>PRZEZ: <input type="text"/></p>
<p>Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (np. winda, podjazd)</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>JAKIE? <input type="text"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Specjalne potrzeby żywieniowe:</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>JAKIE: <input type="text"/></p>
<p>Zapotrzebowanie na transport pojazdem placówki:</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Specjalne potrzeby związane z wsparciem (np. rehabilitacja, zajęcia techniczne, itp.)</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>JAKIE: <input type="text"/></p>

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW Z BUDŻETU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO.

<p>Wyrażam zgodę na poddanie się ewaluacji specjalisty pod kątem spełniania wymogów uczestnictwa w projekcie (testy przeprowadzany przez psychologa) – wymóg uczestnictwa w projekcie.</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>Średni miesięczny dochód na członka rodziny. (UWAGA: wartość wymagana w celu ustalenia kwoty odpłatności za pobyt w DDP).</p>	<p><input type="text"/></p>

1. Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo w w/w projekcie – w przypadku gdy zostanę zakwalifikowana/y.

tak | nie

2. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do niego.

3. tak | nie

3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego.

tak | nie

4. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Mocni Mocą Nadziej siedzibą w Białoskóry 31, w celu realizacji działań projektowych prowadzonych przez Fundację Mocni Mocą Nadziei Społecznej a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań.

tak | nie

5. Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pośrednictwem poczty elektronicznej i telefonii komórkowej informacji dotyczących działań projektowych prowadzonych przez Fundację Mocni Mocą Nadziei a także w celu dokonania ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości tych działań.

tak | nie

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW Z BUDŻETU
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO.

6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu informacyjnym i promocyjnym przez Fundację Mocni Mocą Nadziei. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i rozpowszechnianie wizerunku utrwalonego na zdjęciach i filmach.

tak | nie

7. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

tak | nie

Administratorem Państwa danych osobowych jest Fundację Mocni Mocą Nadziei

z siedzibą w Białoskóry 31.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych będzie udzielona zgoda.

Państwa dane będą przetwarzane w celach na które udzielili Państwo powyżej zgody.

Państwa dane mogą być przekazywane procesorom w związku ze zleconymi przez Fundację Mocni Mocą Nadziei zadaniami oraz podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Państwa dane nie będą przekazane do państw trzecich.

Okres przetwarzania Państwa danych osobowych będzie wynosił 5 lat.

Ponadto, informujemy, że mają Państwo prawo:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych,
- sprostowania danych,
- żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia,
- usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych,
- przeniesienia Państwa danych osobowych,
- tego, by nie podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu i wywołuje wobec Państwa skutki prawne lub w podobny sposób wywiera istotny wpływ

Mają Państwo prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania

Państwa danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem. W przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania Państwa danych osobowych przez Fundację Mocni Mocą Nadziei, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych jest warunkiem uczestnictwa w szkoleniu. Fundację Mocni Mocą Nadziei nie korzysta z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Data i miejscowość

Podpis
uczestnika

Informacja o zakwalifikowaniu osoby do udziału w projekcie zostanie przekazana za pomocą danych kontaktowych podanych w formularzu zgłoszeniowym.

Podpis członka rodziny/opiekuna (w przypadku osoby dorosłej znajdującej się pod stałą opieką członka rodziny/opiekuna prawnego).

Data i miejscowość

Podpis
członka
rodziny/
opiekuna

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW Z BUDŻETU
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO.

 Mazowsze >> dla organizacji
pozarządowych >



 25.^{lat} Mazowsze