



ARTBALE Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki

Siedziba: 05-120 Legionowo, ul. Piłsudskiego 3, lok. 13

tel. kom. 608 403 473

e-mail: balet@balet.com.pl

www.balet.com.pl

www.artbale.pl

REGON 015147680

NIP 527-23-75-001

NR KRS 0000107658

Legionowo, dn. 26.07.2012 r.

Szanowni Państwo

ARTBALE Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki realizuje projekt dr Bożeny W. Jakubczak *Temida przyjazna niepełnosprawnym*, który jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nasze Stowarzyszenie. Projekt jest skierowany do osób niepełnosprawnych, rodziców i prawnych opiekunów osób niepełnosprawnych, w tym dzieci i młodzieży, kadry szkolnictwa specjalnego, organizacji pozarządowych i innych podmiotów działających na rzecz osób niepełnosprawnych. Celem projektu jest zwiększenie samodzielności beneficjentów osób niepełnosprawnych poprzez poradnictwo psychologiczne, terapeutyczne, mediacje, doradztwo społeczno-prawne i pedagogiczne wraz z udzielaniem informacji na temat przysługujących uprawnień, sprzętu rehabilitacyjnego i uzyskiwania funduszy.

Chcemy wesprzeć aktywność osób niepełnosprawnych. Możliwe to będzie, dzięki podwyższeniu kompetencji w zakresie samodzielnego funkcjonowania w stosunkach społecznych. Mamy zamiar podnieść wiedzę osób niepełnosprawnych i umiejętności kadry pedagogicznej, rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych w zakresie wychowania do samodzielności. Zwiększenie samodzielności beneficjentów projektu związane jest ze zniesieniem barier emocjonalnych oraz świadomością własnych możliwości. Konsultacje i porady przyczynią się do zwiększenia tej samoświadomości, co spowoduje zwiększenie poczucia pewności siebie, samooceny, kompetencji a w konsekwencji samodzielności. Zatem w wybranych placówkach, w ustalonym dniu, nasi konsultanci będą udzielać bezpłatnych porad i konsultacji. Oferujemy wiedzę i doświadczenie z zakresu psychologii, terapii, pedagogiki, mediacji i prawa, w tym podatków.

Nasi specjaliści, podczas realizacji zadania, będą całkowicie bezpłatnie dla uczestnika udzielać wsparcia. Jeżeli Państwa instytucja (placówka) jest zainteresowana uruchomieniem, po wcześniejszym uzgodnieniu zakresów, potrzeb i terminu spotkania z konsultantami w ramach projektu, takich konsultacji dla swoich podopiecznych, prosimy o potwierdzającą odpowiedź na adres pocztowy lub email.

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc i możliwości konsultantów, liczymy na współpracę i pomoc przy rekrutacji i kwalifikowaniu uczestników. Do projektu zaprosimy szczególnie te podmioty (instytucje, placówki), z których w procesie rekrutacji kandydatów do uczestniczenia w projekcie zgłosi się najwięcej osób zainteresowanych.

Zachęcamy Państwa do rozpowszechnienia i przekazywania informacji o projekcie podopiecznym, ich rodzinom i osobom zainteresowanym z ich otoczenia, mieszkającym lub mającym problemy z zakresu niepełnosprawności z terenu Państwa działalności, o możliwości skorzystania z naszego poradnictwa w ramach projektu.

Licząc na owocną współpracę, z wyrazami szacunku pozostaje

V-ce Prezes Artbale Stowarzyszenie

Załączniki:

1. karta zgłoszeniowa – deklaracja uczestnictwa
2. oświadczenie o danych osobowych - uczestnik projektu
3. oświadczenie o jednoczesnym nie uczestniczeniu w innym podobnym projekcie



KARTA ZGŁOSZENIA DEKLARACJA UCZESTNICTWA

/WYPEŁNIA ZAINTERESOWANA OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OSOBA MAJĄCA BEZPOŚREDNI KONTAKT Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ. ZŁOŻENIE KARTY NIE JEST JESZCZE OSTATECZNYM ZAKWALIFIKOWANIEM DO PROJEKTU.

* Gwiazdka oznacza konieczność wypełnienia, Właściwy kwadrat ☐ zaznaczyć przekreśleniem ☒

I. DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO PROJEKTU *				
NAZWISKO I IMIĘ*				
PESEL*		Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna	
Rodzaj uczestnika*	☐ osoba niepełnosprawna ☐ opiekun prawny lub rodzic osoby niepełnosprawnej ☐ osoba bezpośrednio działająca z osobą niepełnosprawną			
II. ADRES ZAMIESZKANIA (JEŻELI ADRES KORESPONDENCJI JEST INNY, PROSZĘ PODAĆ NA DODATKOWEJ KARCIE ZGŁOSZENIA)				
Miejscowość*		Kod		
Województwo *	☐ mazowieckie ☐ podlaskie ☐ świętokrzyskie			
Ulica*		Nr domu*		Nr lokalu*
Numer telefonu*		E- mail*		
IV. INFORMACJE O PROBLEMIE I OCZEKIWANEJ POMOCY, WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU				
Rodzaj problemu i oczekiwanego wsparcia poradnictwa/doradztwa*:	☐ Poradnictwo pedagogiczno - informacyjne (sprzęt rehabilitacyjny) ☐ Poradnictwo społeczno- prawne i podatkowe ☐ Poradnictwo mediacyjne ☐ Poradnictwo psychologiczne ☐ Poradnictwo terapeutyczne			
Rodzaj niepełnosprawności osoby, której dotyczy problematyka				
Krótki opis problemu lub pytania do konsultanta				

(O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROJEKTU UCZESTNIK ZOSTANIE POWIADOMIONY PRZEZ ORGANIZATORA PO DOSTARCZENIU WSZYSTKICH DOKUMENTÓW NA PODANY ADRES LUB EMAIL)

Data*.....

Czytelny podpis (imię i nazwisko)*.....

ARTBALE Stowarzyszenie
Ul. Piłsudskiego 3 lok. 13
05-120 Legionowo
Tel. 608 403 473
www.artbale.pl
e-mail: balet@balet.com.pl

UCZESTNIK PROJEKTU
/ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OPIEKUN PRAWNY LUB
UPOWAŻNIONA OSOBA BEZPOŚREDNIO DZIAŁAJĄCA Z
NIEPEŁNOSPRAWNYM/B



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
o jednoczesnym nieuczestniczeniu w innym podobnym projekcie
współfinansowanym ze środków PFRON odbywającym się w tym samym terminie

W związku z przystąpieniem do projektu ***Temida przyjazna niepełnosprawnym***, realizowanym w dniach 1.05 – 15.12.2012 roku, w ramach celu programowego 2 pn. zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych. Celem projektu jest zwiększenie samodzielności ostatecznych beneficjentów projektu, tj. osób niepełnosprawnych, w tym dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, poprzez bezpośredni lub pośredni ich dostęp do poradnictwa psychologicznego i terapeutycznego, mediacyjnego, społeczno-prawnego i podatkowego, pedagogiczno-informacyjnego (sprzęt rehabilitacyjny czy jego finansowania), realizowanego przez konsultantów starających się zwiększyć świadomość i motywację osób niepełnosprawnych oraz ich otoczenia do aktywizowania i usamodzielniania osób niepełnosprawnych w życiu społecznym.

1. Oświadczam, że nie uczestniczę w podobnym projekcie dofinansowanym ze środków PFRON, w którym cele realizacji zakładają podobne formy wsparcia oraz, w którym termin realizacji pokrywa się w zakresie, co najmniej jednego dnia kalendarzowego, z terminem realizacji projektu „Temida przyjazna niepełnosprawnym”.
2. Jeżeli Uczestniczę w innym projekcie o podobnym celu realizacji form wsparcia w tym czasie dofinansowanym ze środków PFRON.*
Proszę podać nazwę i krótki opis projektu, zawierający opis celów realizacji form wsparcia.

.....
.....
.....
.....

* *Jeżeli osoba nie uczestniczy w 2012 roku w innym podobnym projekcie dofinansowanym ze środków PFRON w podanym czasie, należy punkt 2 nie wypełniać i przekreślić.*

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS.....

UCZESTNIK PROJEKTU

/OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OPIEKUN PRAWNY LUB
UPOWAŻNIONA OSOBA BEZPOŚREDNIO DZIAŁAJĄCA Z
NIEPEŁNOSPRAWNYM/

TEMIDA PRZYJAZNA NIEPEŁNOSPRAWNYM

Projekt współfinansowany ze środków PFRON



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu ***Temida przyjazna niepełnosprawnym*** realizowanego w ramach celu programowego 2 pn. zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych (beneficjentów projektu), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem zebranych danych jest ARTBALE Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki, ul. Piłsudskiego 3, lok. 13, 05-120 Legionowo;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Temida przyjazna niepełnosprawnym”;
- 3) moje dane osobowe zostaną udostępnione PFRON lub niezbędnym dla realizacji projektu podmiotom przez ARTBALE Stowarzyszenie Rozwoju Edukacji Kulturalnej i Sztuki;
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w projekcie;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS.....

UCZESTNIK PROJEKTU

/OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OPIEKUN PRAWNY LUB
UPOWAŻNIONA OSOBA BEZPOŚREDNIO DZIAŁAJĄCA Z
NIEPEŁNOSPRAWNYM/

TEMIDA PRZYJAZNA NIEPEŁNOSPRAWNYM

Projekt współfinansowany ze środków PFRON