**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

w realizacji wiązki usług „REHABILITACJA +”

Wiązka usług „Rehabilitacja+” jest działaniem realizowanym przez Przedsiębiorstwo Społeczne **Stowarzyszenie PROREW** z Kielc na zlecenie **Stowarzyszenia na rzecz Spółdzielni Socjalnych** z Poznania.

Celem realizacji wiązki usług jest kompleksowa opieka usprawniająca, zapewniająca uzyskanie przez osoby
z ograniczeniami mobilności poziomu sprawności, który pozwoli im na integrację ze społeczeństwem
i rynkiem pracy w ramach realizacji pilotażowego wdrożenia modelu wiązek usługi społecznej w zakresie „REHABILITACJA+” na obszarze gminy Górno (powiat kielecki, woj. świętokrzyskie).

Termin realizacji usługi: **12.07.2021-11.07.2022**

Podstawa realizacji usługi: umowa nr 24/R+/06/2021 z dnia 18.06.2021 r zawarta pomiędzy Stowarzyszeniem PROREW a Stowarzyszeniem na rzecz Spółdzielni Socjalnych

*(zlecenie jest realizowane w ramach projektu „Energia społeczna. Sieć Przedsiębiorstw Społecznych realizujących nowe modele
w zakresie użyteczności publicznej, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.9 Rozwój ekonomii społecznej.)*

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do objęcia wsparciem
w ramach wiązki usług „Rehabilitacja+” .

*WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI*

| Imię / imiona |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA osoby, która będzie korzystała z usługi |
| Ulica, nr domu, nr lokalu |  |
| Kod pocztowy, miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Opiekun prawny *(jeśli dotyczy)* |  |
| Nr telefonu do odbiorcy usługi *(jeśli dotyczy)* |  |
| Nr telefonu do opiekuna prawnego/osoby kontaktowej w sprawie realizacji usługi |  |
| Adres mailowy *(jeśli dotyczy)* |  |
| Czy odbiorca usługi jest klientem GOPS w Górnie |   TAK NIE   |

**Podstawa korzystania z wiązki usług „Rehabilitacja+”:**

| Niepełnosprawność \*w przypadku wskazania TAK, do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny) | \* \*TAK |  NIE |
| --- | --- | --- |
| Osoba z ograniczeniami mobilności lub percepcji |  TAK |  NIE |
| Osoba pow. 60 roku życia |  TAK |  NIE |
| osoba z uszkodzeniem słuchu, mowy (w tym po udarze mózgu, wypadku) | TAK TAK |  NIE |
| osoba z ograniczeniem nabytym po wypadku, tymczasowym lub nabytym od urodzenia (na stałe |  TAK |  NIE |
| osoba w kryzysie psychicznym spowodowanym wypadkiem/posiadanymi ograniczeniami |  TAK |  NIE |
| osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim |  TAK |  NIE |
| osoba, wymagająca opieki dodatkowej osoby(np. asystenta osoby niepełnosprawnej) |  TAK |  NIE |
| osoba, której grozi utrata pracy z powodu nabytych ograniczeń/schorzeń |  TAK |  NIE |
| osoba, która chciałaby podjąć pracę zarobkową lub zmienić pracę  |  TAK |  NIE |

**Uwaga!** Do formularza należy dodatkowo dołączyć w przypadku korzystania z usługi:

1. **rehabilitacja** (fizjoterapeuta, logopeda)- zaświadczenie od lekarza o konieczności przeprowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych i braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w rehabilitacji.
2. **wypożyczenia sprzętu** - zaświadczenie od lekarza/rehabilitanta zaleceniach związanych z korzystaniem z danego sprzętu wraz ze wskazaniem okresu jego użytkowania lub szczególnych zaleceń

Formy wsparcia (proszę o wskazanie **WSZYSTKICH** usług, którymi Pan/ Pani jest zainteresowany/-a) **zaznacz „x”**

| **Usługa rehabilitacyjna**(usługa z dojazdem do pacjenta) | Fizjoterapeuta |  |
| --- | --- | --- |
| Logopeda  |  |
| Psycholog/ psychoterapeuta  |  |
| **Usługa wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** | Wózek sanitarny toaletowy / kąpielowy |  |
| Rowery rehabilitacyjne |  |
| Aparat CPAP |  |
| Stojak do kroplówek |  |
| Inhalator |  |
| Lampa Bioptron |  |
| Ortezy |  |
| Rotor manualny |  |
| Ssak medyczny |  |
| Stół do masażu składany |  |
| Łóżko rehabilitacyjne z pilotem |  |
| Koncentrator tlenu |  |
| Wózek inwalidzki |  |
| Podnośnik rehabilitacyjny |  |
| Balkoniki |  |
| Kule |  |
| Materac przeciwodleżynowy |  |
| Maty masujące |  |
| Inne, jakie?…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Usługa transportowa specjalistyczna** | transport osoby lub osób niepełnosprawnych (i ich opiekunów) na uzgodnionej trasie i w uzgodnionym czasie. |  |
| **Usługa animacyjna i integracyjna w obszarze sportu, rekreacji i turystyki** | Organizacja spacerów, nordic walking |  |
| Imprezy plenerowe, wycieczki |  |
| **Rehabilitacja zawodowa** | Doradztwo zawodowe, spotkania, szkolenia |  |

**Oczekiwany termin rozpoczęcia realizacji usługi (zaznacz „x”)**

| Rodzaj usługi | do 2 tygodni | Do 1 miesiąca | Do 3 miesięcy | do uzgodnienia indywidualnie |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rehabilitacja (logopeda, psycholog/psychoterapeuta, fizjoterapeuta) |  |  |  |  |
| Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego |  |  |  |  |
| Transport specjalistyczny |  |  |  |  |
| Animacja i integracja |  |  |  |  |
| Rehabilitacja zawodowa  |  |  |  |  |

…………………………………… …………………………………………..…… (miejscowość i data) (czytelny podpis kandydata do objęcia wsparciem) [[1]](#footnote-0)

Oświadczam, że zapoznałem się z:

1. Regulaminem naboru i uczestnictwa w Projekcie pod tytułem „REHABILITACJA +” i nie mam zastrzeżeń do jego postanowień,

2. Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych (oświadczenie uczestnika)

……………………………………………………………

(czytelny podpis kandydata do objęcia wsparciem) [[2]](#footnote-1)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez stowarzyszenie pn. Stowarzyszenie PROREW, ul. Kasztanowa 12/15, 25-555 Kielce, NIP 959 176 74 64, KRS 0000274767 (Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy KRS), tel. 577999501, stowarzyszenie.prorew@gmail.com (dalej jako: „**Administrator**”) moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych – danych dotyczących zdrowia), w celu udziału w projekcie prowadzonym przez Administratora w ramach programu „REHABILITACJA+” na obszarze gminy Górno, który projekt jest realizowany w ramach projektu pn. „Energia społeczna. Sieć Przedsiębiorstw Społecznych realizujących nowe modele w zakresie użyteczności publicznej” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.9 Rozwój ekonomii społecznej realizowanej (dalej jako: „Projekt”), w tym w celach rekrutacyjnych oraz związanych z realizacją usług w ramach ww. projektu (w celach kontaktowych, sprawozdawczych, promocyjnych, upubliczniania danych, monitoringu i kontroli oraz w celach archiwizacyjnych).

…………………………………… …………………………………………..……

(miejscowość i data) (czytelny podpis kandydata do objęcia wsparciem)[[3]](#footnote-2)

1. W przypadku, gdy z wiązki usług „Rehabilitacja+” korzystać będzie osoba nie mogąca się podpisać lub nie mająca zdolności do czynności prawnych (np. osoba nieletnia), formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny. [↑](#footnote-ref-0)
2. j/w [↑](#footnote-ref-1)
3. W przypadku, gdy z wiązki usług „Rehabilitacja+” korzystać będzie osoba nie mogąca się podpisać lub nie mająca zdolności do czynności prawnych (np. osoba nieletnia), formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny. [↑](#footnote-ref-2)