**Wniosek**

 **ubiegającego się o przyznanie psa przewodnika**

# Część I. /wypełnia osoba ubiegająca się/

1. Imię i nazwisko ...................................................................................................................................
2. Data urodzenia ...................................................................................................................................
3. Dokładny adres zamieszkania ............................................................................................................

 ...........................................................................nr telefonu ..............................................................

1. Pełnione funkcje społeczne ........................... ................................................................... ………………
2. Osoba pracująca/studiująca……………………………………………………………………………………………………………
3. Miejsce pracy/ nauki ..........................................................................................................................
4. Czy zakład pracy/szkoła/zapewnia warunki na pobyt psa w czasie wykonywania pracy/pobierania nauki/ .................................................................................................................................................
5. Dojazd do pracy/szkoły…………………………………………………………………………………………………………………..
6. **Warunki materialno-bytowe**:
7. metraż .............., ilość izb ...................., ilość osób zamieszkujących wspólnie ...........................
8. rodzaj budynku: blok mieszkalny/ dom wolno stojący/dom wolno stojący z ogrodzonym placem?........................................................................................................................................
9. gdzie będzie przebywał pies? ......................................................................................................
10. warunki materialne:

a) dobre b) dostateczne c) złe

 5) posiadam własnego psa ……………………………..

 6 ) czy przystosowany /dostosowany jest lokal do potrzeb osoby niepełnosprawnej TAK/ NIE

1. **Stan zdrowia**…………………...…………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Niepełnosprawność ruchowo-wzrokowa:**

a ) jestem samodzielna/y……………………………………………………………………………………………………………….

b ) poruszam się szybko/wolno………………………………………………………………………………………………………

 b ) mam problemy wzrokowe ………………………………………………………………………………………………………

 c ) mam problemy z orientacją w terenie………………………………………………………………………………………

 d ) jestem osobą niedosłyszocą……………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że posiadałam/em już psa przewodnika TAK NIE \*

\*) odpowiednie podkreślić

Data : Podpis ubiegającego się ……………………………………. ……............................................................

**Oświadczenia beneficjentów zadania o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Fundację oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez **beneficjentów projektu „Niezastąpiony asystent na dobre i na złe”** realizowanym w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do **Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „AMI” z siedzibą przy ulicy Sienkiewicza 10 w Zduńskiej Woli** oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacją pozarządowym”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędna dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełnienia i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………………………...........

(imię i nazwisko pracownika) (PESEL)

…………………………………………………………………………………

(adres beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „AMI” z siedzibą przy ulicy Sienkiewicza 10 w Zduńskiej Woli** oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, zgodnie z umową z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych sosnowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

………..……………………………………………..