



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Załącznik nr 3 do procedury pilotażu – „Formularz korzystania z usług Centrum Komunikacji”, na potrzeby pilotażu instrumentu „Centrum Komunikacji” wypracowanego w Projekcie

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Formularzu korzystania z usług”, dla potrzeb pilotażu instrumentu „Centrum Komunikacji” w ramach Projektu „Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy” Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19, zgodnie z Rozporządzeniem 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 – RODO, Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r.) oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r.

1. Imię

2. Nazwisko

3. Dane kontaktowe telefoniczne

Numer telefonu:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

4. Adres e-mail

5. Data urodzenia rok xxxx, miesiąc yy, dzień zz

Projekt partnerski



Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

	Wieś
	miasto do 20 tys.
	miasto powyżej 20 tys. do 50 tys.
	miasto powyżej 50 tys. do 100 tys.
	miasto od 100 tys. do 200 tys.
	miasto od 200 tys. do 500 tys.
	miasto powyżej 500 tys.

11. Województwo

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

	Dolnośląskie
	kujawsko-pomorskie
	Lubelskie
	Lubuskie
	łódzkie
	Małopolskie
	Mazowieckie
	Opolskie
	Podkarpackie
	Podlaskie
	Pomorskie
	Śląskie
	Świętokrzyskie
	warmińsko- mazurskie
	Wielkopolskie
	Zachodniopomorskie

Projekt partnerski

Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznejstowarzyszenie
czas
przestrzeń
tożsamość



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

12. Osoba z niepełnosprawnością:

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

	Tak
	Nie

Należy dołączyć skan dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność.

13. Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu

Można zaznaczyć kilka odpowiedzi

	01-U osoba z niepełnosprawnością intelektualną
	02-P osoba ze schorzeniem psychicznym
X Warunek konieczny	03-L osoba niesłysząca lub słabosłysząca
	04-O osoba niewidoma lub słabowidząca
	05-R osoba z uszkodzeniem narządu ruchu
	06-E osoba z epilepsją
	07-S osoba z chorobami układu oddechowego i krążenia
	08-T osoba z chorobami układu pokarmowego w tym nowotwory
	09-M osoba z chorobami układu moczowo-płciowego w tym nowotwory
	10-N osoba z chorobami neurologicznymi i rdzenia kręgowego
	11-I inne w tym schorzenia endokrynologiczne i metaboliczne
	12-C całościowe zaburzenia rozwojowe powstałe przed 16 rokiem życia

14. Proszę określić do jakiej grupy Pan/Pani przynależy poprzez dokończenie zdania:

Jestem osobą:

Głuchą

Projekt partnerski





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- Słabostyszącą
- Głuchoniewidomą

15. Proszę podać sposób w jaki się Pan/Pani komunikuje (można wskazać kilka):

- W polskim języku migowym
- W języku polskim w mowie
- W języku polskim w piśmie
- Odczytuję mowę z ruchu ust
- W inny sposób, jaki?

16. Jak ocena Pan/Pani swoją znajomość języka polskiego

- nie rozumiem
- rozumiem trochę
- rozumiem
- rozumiem dobrze
- rozumiem bardzo dobrze

17. Jaki jest Pani/Pana status na rynku pracy

<input type="checkbox"/>	Osoba poszukująca pracy
<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca
<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca działalność gospodarczą
<input type="checkbox"/>	Osoba, która chce założyć działalność gospodarczą
<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna

18. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej:

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

<input type="checkbox"/>	Tak
--------------------------	-----



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

	Odmawiam podania informacji
	Nie

19. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

	Tak
	Nie

20. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji:

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

	Tak
	Odmawiam podania informacji
	Nie

21. Posiadany stopień orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

	Znaczny stopień
	Umiarkowany stopień
	Lekki stopień

22. Posiadany stopień orzeczenia lekarza Orzecznika ZUS

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

	Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
	Całkowita niezdolność do pracy
	Częściowa niezdolność do pracy

23. Posiadany stopień orzeczenia KRUS (orzeczenie wydane do 31.12.1997 r.)

Proszę zaznaczyć tylko jedną właściwą odpowiedź

Projekt partnerski





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

	Całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym
	Całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji

24. Proszę podać daty ważności wszystkich posiadanych orzeczeń

Proszę podać daty w formacie rok - miesiąc - dzień

	Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
	ZUS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
	KRUS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
	Orzeczenie wojskowe: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

25. Proszę zaznaczyć posiadany poziom wykształcenia:

	Podstawowe
	Gimnazjalne
	zasadnicze zawodowe
	Średnie
	średnie zawodowe
	policealne/pomaturalne
	Pomaturalne
	wyższe - licencjat /inżynier
	wyższe – magisterskie
	studia podyplomowe/doktorat
	inne (jakie?):

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Data ukończenia edukacji formalnej – uzyskania świadectwa, dyplomu	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td> </tr> </table>						-			-		
					-			-				

26. Rodzaj zatrudnienia – jeżeli zaznaczono „osoba pracująca”

Proszę zaznaczyć właściwą

Umowa o pracę /spółdzielcza umowa o pracę	
Umowa zlecenia	
Inne, jakie	

27. Proszę podać dane pracodawcy, u którego jest Pan/-Pani zatrudniony/zatrudniona – jeżeli zaznaczono „osoba pracująca”

1. Nazwa pracodawcy	
2. Adres pracodawcy	

28. Proszę zaznaczyć rodzaj pracodawcy – jeżeli zaznaczono „osoba pracująca”

1	<u>Podmiot publiczny</u>
	Jednostka samorządu terytorialnego
	Jednostka administracji rządowej
	Służba zespolona
	Spółki samorządowe
	Szkoła

Projekt partnerski



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

	Przedszkole
	Inna placówka..... Jaka?:.....
2	<u>Podmiot prywatny</u>
3	<u>Podmiot trzeciego sektora, w tym ekonomii społecznej</u>
	Organizacja pozarządowa
	Spółdzielnia socjalna
	Zakład aktywności zawodowej
	Inny – jaki?.....

29. Wielkość podmiotu zatrudniającego - – jeżeli zaznaczono „osoba pracująca”

	Mikro- do 9 pracowników
	Mały – 10-49 pracowników
	Średni- 50-248 pracowników
	Duży -249 pracowników i więcej

30. Rodzaj podmiotu z uwagi na status/rodzaj rynku - – jeżeli zaznaczono „osoba pracująca”

	Otwarty
	Chroniony

31. Proszę podać od kiedy prowadzona jest działalność gospodarcza – jeżeli zaznaczono „osoba prowadząca działalność gospodarczą”

□	□	□	□	-	□	□	-	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

32. Dane prowadzonej działalności - jeżeli zaznaczono „osoba prowadząca działalność gospodarczą”

Nazwa	
-------	--



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Adres	
-------	--

33. Wielkość prowadzonej działalności gospodarczej - jeżeli zaznaczono „osoba prowadząca działalność gospodarczą”

	Mikro- do 9 pracowników
	Mały – 10-49 pracowników
	Średni- 50-248 pracowników
	Duży -249 pracowników i więcej

34. Proszę podać branżę w której wykonywana jest działalność gospodarcza - jeżeli zaznaczono „osoba prowadząca działalność gospodarczą”

Nazwa branży	
--------------	--