

Regulamin rekrutacji w projekcie „Rehabilitacja zawodowa i społeczna młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami w Domu Niebieskich Serc” (dalej Regulamin)

§ 1

INFORMACJE OGÓLNE

1. Regulamin określa zasady rekrutacji oraz warunki uczestnictwa w projekcie „Rehabilitacja zawodowa i społeczna młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami w Domu Niebieskich Serc” (dalej Projekt), współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.
2. Celem projektu jest rozwijanie kompetencji społecznych osób w spektrum autyzmu oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną, ruchową, a także osób z niepełnosprawnością sprzężoną (spektrum autyzmu oraz niepełnosprawność intelektualna lub ruchowa), poprzez zorganizowanie warsztatów terapeutycznych dla 12 osób – nastolatków i dorosłych z województwa kujawsko-pomorskiego.
3. Projekt realizowany jest w terminie od 01.07.2025 r. do 31.12.2025 r. .

§ 2

WARUNKI UCZESTNICTWA

1. W projekcie mogą wziąć udział mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego posiadający aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Uczestnikami Projektu (beneficjentami ostatecznymi) mogą być nastolatki i osoby dorosłe w spektrum autyzmu oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną, ruchową, a także osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (spektrum autyzmu oraz niepełnosprawność intelektualna lub ruchowa).
3. Wsparciem zostanie objętych 12 osób.
4. Zastrzega się możliwość zmiany limitów osób wskazanych w ust. 3 w szczególności w przypadku odpowiednio mniejszego/większego zainteresowania poszczególnych grup uczestników projektu.
5. W przypadku, gdy liczba zgłoszeń będzie przewyższać ilość miejsc, zastrzega się, iż pierwszeństwo w dostępie do oferowanej terapii będą miały osoby korzystające z dotychczasowej oferty terapeutycznej oferowanej przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu (dalej: Spoza) oraz może być brana pod uwagę kolejność zgłoszeń.
6. Zastrzega się możliwość prowadzenia spotkań kwalifikacyjnych z kandydatem i jego rodzicami lub opiekunami prawnymi z weryfikacją formalną (orzeczenie o niepełnosprawności, stopień niepełnosprawności, diagnoza). Spotkania takie, będą przyjmowały głównie formułę spotkań w formie zdalnej lub w biurze Spoza na ulicy Suwalskiej 49 w Toruniu.

W ramach spotkania kwalifikacyjnego będzie badane zmotywowanie do uczestnictwa

w projekcie, a także potrzeba objęcia wsparciem uczestnika projektu (szczególnie na tle innych osób, biorąc w szczególności pod uwagę rodzaje niepełnosprawności i ich sprzężenia oraz sytuację życiową uczestnika projektu i jego rodziny).

7. Ostateczna decyzja co do zakwalifikowania danego uczestnika projektu będzie uzależniona od możliwości udzielenia wsparcia, zarówno w zakresie terapeutycznym, jak i możliwości organizacyjnych Spoza (w szczególności dotyczących dysponowania odpowiednim personelem mogącym udzielić wsparcia oraz dostępnymi godzinami wsparcia).
8. **W celu zgłoszenia chęci udziału w projekcie Uczestnik Projektu (lub odpowiednio jego rodzic/opiekun) zobowiązany jest, do złożenia do stowarzyszenia formularza uczestnictwa wraz z ankietą wstępną, stanowiące załącznik nr 1 i nr 2 do niniejszego Regulaminu.**
9. **W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie każdy uczestnik zobowiązany będzie do dostarczenia do Stowarzyszenia kompletu dokumentów potwierdzających warunki kwalifikacji do Projektu, w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności.**
10. **DOSTARCZENIE KOMPLETU DOKUMENTÓW WARUNKUJE MOŻLIWOŚĆ ROZPOCZĘCIA UDZIELANIA WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU.**
11. **ZASTRZEGA SIĘ ODMOWĘ OBJĘCIA WSPARCIEM W PRZYPADKU ISTNIENIA NIEUREGULOWANYCH NALEŻNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU/JEGO RODZICA LUB OPIEKUNA WOBEC SPOZA Z TYTUŁU JAKIEGOKOLWIEK REALIZOWANEGO PROJEKTU.**
12. W przypadku zakwalifikowania uczestnika do Projektu, będzie on zobowiązany do złożenia kopii dokumentów potwierdzających niepełnosprawność.
13. W przypadku niepełnoletnich uczestników Projektu wszelkie dokumenty oraz oświadczenia woli związane z uczestnictwem w Projekcie będą składane przez rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Projektu.
14. Zgłoszenia będą przyjmowane w wersji papierowej w siedzibie Stowarzyszenia przy ul. Suwalskiej 49 w Toruniu

§ 3

OFEROWANE FORMY WPARCIA

W ramach Projektu przewiduje się wsparcie w formie warsztatów terapeutycznych: Scenariusze warsztatów terapeutycznych oparte będą na tzw. kręgach tematycznych różnych dla każdego miesiąca. Każdy uczestnik otrzyma 36 godzin wsparcia terapeutycznego.

Usługi terapeutyczne świadczone w ramach Projektu są bezpłatne.

1. Dokładne dni i godziny udzielania wsparcia zostaną ustalone po zakończeniu procesu rekrutacji.

2. Spoza zobowiązuje się do zapewnienia wykwalifikowanych terapeutów z odpowiednim wykształceniem, przygotowaniem i doświadczeniem zawodowym niezbędnym do udzielania Wsparcia.
3. Spoza zobowiązuje się do przygotowanie Indywidualnego Planu Działania (dalej: IPD) dla Uczestnika Projektu uwzględniającego jego indywidualne predyspozycje, obszary deficytowe Uczestnika Projektu.
4. Spoza zobowiązuje się do udostępnienia (na życzenie) Uczestnikowi Projektu /Rodzicowi/Opiekunowi prawnemu Uczestnika Projektu opracowanego IPD oraz uzgadnianiu z nim celów terapeutycznych (biorąc pod uwagę możliwości Uczestnika Projektu oraz biorąc pod uwagę fachową wiedzę terapeuty).
5. Spoza zobowiązuje się do umożliwienia zgłaszania uwag Uczestnikowi Projektu/Rodzicowi/Opiekunowi prawnemu Uczestnika Projektu odnośnie prowadzonego Wsparcia na adresy e-mail biuro@spoza.org

§ 4

OBOWIĄZKU UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Każdy uczestnik Projektu zobowiązany będzie do uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
2. Rodzice/opiekunowie prawni uczestników Projektu zobowiązani będą do wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym w Regulaminie oraz umożliwienie realizacji zajęć zgodnie z ustalonym przez terapeutę Indywidualnym Programem Działań.
3. Uczestnicy projektu, a także ich rodzice/opiekunowie prawni zobowiązani będą do poddania się badaniom ewaluacyjnym po zakończenia uczestnictwa, na co wyrażają zgodę.
4. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do współdziałania z terapeutów przy udzielaniu Wsparcia, w szczególności osiągnięcia celów terapeutycznych wynikających z IPD.
5. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu informowania Stowarzyszenie o wszelkich okolicznościach uniemożliwiających udzielenia wsparcia Uczestnikowi Projektu, w tym w szczególności zmiany danych teleadresowych Uczestnika Projektu.
6. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do stosowania się do zaleceń terapeuty.
7. Uczestnik Projektu/Rodzic/Opiekun prawny Uczestnika Projektu zobowiązuje się do podpisywania kart ewidencji godzin wsparcia udzielanego Uczestnikowi Projektu.

§ 5

USUNIĘCIE UCZESTNIKA PROJEKTU Z OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM

1. Spoza przysługuje prawo do usunięcia Uczestnika Projektu z grona osób objętych wsparciem z zachowaniem 2-tygodniowego okresu wypowiedzenia.
2. Uczestnikowi Projektu/jego rodzicowi/opiekunowi prawnemu przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w projekcie z zachowaniem 2-tygodniowego okresu wypowiedzenia.
3. Spoza zastrzega możliwość usunięcia Uczestnika Projektu ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - a) brak przestrzegania przez Uczestnika Projektu/Rodzica/Opiekuna prawnego Uczestnika Projektu Regulaminu;
 - b) utratę przez Uczestnika Projektu statusu uprawniającego go do uczestnictwa w Projekcie zgodnie z Regulaminem
 - c) zaistnienie sytuacji zagrażających zdrowiu lub życiu Terapeuty;
 - d) rozwiązanie umowy o dofinansowanie Projektu.

§ 6

DANE OSOBOWE

1. Informacja dla osób składających zgłoszenie do Projektu:

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, iż:

- a) Administratorem danych osobowych uczestników Projektu oraz ich rodziców/opiekunów prawnych jest Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu, ul. Suwalska 49, 87-100 Toruń.
- b) Wszelkie wiadomości dotyczące przetwarzania danych osobowych należy kierować na adres poczty elektronicznej: biuro@spoza.org
- c) Dane przetwarzamy w celu przeprowadzenia rekrutacji do Projektu i dla potrzeb jego realizacji oraz kontroli i audytów prowadzonych przez Województwo Kujawsko-Pomorskie i audytora zewnętrznego.
- d) Podanie danych osobowych jest konieczne do udziału w rekrutacji, a w przypadku zakwalifikowania – do udziału w Projekcie. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest niezbędność wykonania zasad konkursu organizowanego przez PFRON „Działamy razem” (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
- e) Każda osoba, która przekaze nam swoje dane, ma prawo żądania dostępu do swoich danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a po zakończeniu umowy, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania.
- f) W przypadku gdyby Spoza przetwarzała dane w sposób niewłaściwy, kandydat/uczestnik ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

- g) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (nie ma profilowania) przez okres niezbędny do prawidłowego rozliczenia Projektu.
- h) Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu może wykorzystywać wizerunek uczestnika projektu do celów promocji swojej działalności. Wykorzystywanie wizerunku może obejmować umieszczanie go w publikacjach, na stronach internetowych oraz w materiałach promocyjnych. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne. Niniejsza zgoda nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie. W każdym momencie przysługuje prawo odwołania zgody.
- i) Uczestnictwo w zajęciach organizowanych przez administratora jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na umieszczenie wizerunku.

§7

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejszy regulamin może ulec zmianie w przypadku gdy będzie to konieczne z uwagi na zmiany wprowadzone do wniosku o dofinansowanie, zmianę przepisów prawa lub warunków umowy o dofinansowanie.
2. Każdy z Uczestników Projektu potwierdza pisemne zapoznanie się z niniejszym Regulaminem na oświadczeniu własnym.

Formularz rekrutacji do projektu „Rehabilitacja zawodowa i społeczna młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami w Domu Niebieskich Serc” (dalej Projekt)

Dane Uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wiek Uczestnika Projektu (w momencie składania zgłoszenia):

.....

Stopień niepełnosprawności (w przypadku, gdy nadany).

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

Dane Rodzica/Opiekuna Prawnego składającego oświadczenia woli w imieniu Uczestnika Projektu

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

.....

Dane kontaktowe:

tel. kontaktowy:

adres e-mail:

Jako Uczestnik Projektu/rodzic/opiekun prawny Uczestnika Projektu oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Projektu, nie wnoszę do niego uwag oraz zobowiązuje się do przestrzegania zawartych w nim zapisów.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wskazanym w Regulaminie rekrutacji do Projektu.
3. W przypadku zakwalifikowania Uczestnika do Projektu, zobowiązuje się dostarczyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności.

.....
(data i podpis Uczestnika
Projektu/rodzica/opiekuna prawnego)

ZAKWALIFIKOWANIE UCZESTNIKA DO PROJEKTU

☐ TAK

☐ NIE

.....
(data i podpis Stowarzyszenia)

Ankieta wstępna rekrutacji do projektu „Rehabilitacja zawodowa i społeczna młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnościami w Domu Niebieskich Serc” (dalej Projekt)

1. Imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Projektu

.....

2. Rodzeństwo Uczestnika Projektu (imię, wiek)

.....

.....

.....

3. Proszę o wskazanie rodzaju/ów niepełnosprawności z uwagi, na które zostało wydane orzeczenie o niepełnosprawności oraz inne współistniejące zaburzenia.

.....

.....

.....

.....

4. Czy Uczestnik Projektu posiada dokumentację medyczną/orzecznictwem potwierdzającą zaburzenia rozwoju, autyzm, Zespół Aspergera lub inne rodzaje niepełnosprawności? Jeśli tak, proszę o wskazanie głównych zaburzeń z powyższej grupy.

.....

.....

.....

5. Czy w najbliższej rodzinie (gospodarstwie domowym) występują inne przypadki niepełnosprawności? Jeśli tak proszę opisać jakie.

.....

.....

6. Czy Uczestnik Projektu podlega opiece w placówce specjalistycznej (jakiej?)

.....

.....

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Uczestnik Projektu uczestniczył wcześniej w zajęciach terapeutycznych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych, innych (jakich, kiedy?)

.....

.....

.....

.....

8. Ocena stopnia samodzielności Uczestnika Projektu?

Oceniając proszę przyjąć kryterium skali: 0 nie wykonuje ↔ 5 wykonuje samodzielnie i oznaczyć wybrane pole X

ZAKRESY SAMODZIELNOŚCI	0	1	2	3	4	5
toaleta osobista (kąpiel, mycie zębów, włosów)						
zgłaszanie potrzeb fizjologicznych						
załatwianie potrzeb fizjologicznych						
ubieranie się						
przemieszczanie się						
komunikacja werbalna (mowa zrozumiała)						
komunikacja pozawerbalna (gestem, dźwiękiem)						
Czytanie						
samodzielne jedzenie						
przygotowanie prostego posiłku						
proste zakupy						
niezależne poruszanie się po mieście						
pomoc w pracach domowych						
organizacja czasu wolnego						

9. Jak Uczestnik Projektu reaguje na zmiany schematu, rutyny?

.....

.....

.....

.....

10. Czy Uczestnik Projektu wykazuje zachowania autoagresywne, agresywne (jakie, kiedy, w jakich sytuacjach?)

.....

.....

.....

.....

11. Czy Uczestnik Projektu prezentuje zachowania trudne? Jeśli tak, to jakie i w jakich sytuacjach

.....

.....

.....

.....

12. Czy Uczestnik Projektu posiada zainteresowania, co lubi, czym się cieszy, co sprawia przyjemność?

.....

.....

.....

.....

13. Czy są rzeczy, sytuacje, czynności, których Uczestnik Projektu szczególnie nie lubi, boi się, unika?

.....

.....

.....

.....

14. Jak Uczestnik Projektu reaguje na sytuacje nowe, trudne?

.....

.....

.....

.....

15. Czy Uczestnik Projektu stosuje dietę? Jaką?

.....

.....

.....

16. Inne informacje, które mogą być ważne i przydatne podczas pracy i terapii:

.....

.....

.....

18. Jakie są Państwa oczekiwania dotyczące terapii, rehabilitacji i wsparcia ze strony Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu?

-
-
-
-
-
-

Data wypełnienia ankiety:

Osoba wypełniająca ankietę: