

INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA (IPD)

Projekt „CENTRUM USŁUG ASYSTENCKICH PRZY FUNDACJI CEWIMED” od 01-04-2024 do 31-03-2025

I. DANE OSOBOWE BENEFICJENTA

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. PESEL:
4. Województw: opolskie
5. Miejsce zamieszkania * *zaznaczyć właściwe*
 - ☐ miasto do 20tys; ☐ miasto pow. 100tys;
 - ☐ miasto 20-50tys; ☐ wieś
 - ☐ miasto 50-100tys;
6. Rodzaj niepełnosprawności: 04-O/z tytułu wzroku,
7. Stopień niepełnosprawności:
 - ☐ znaczny
 - ☐ umiarkowany
 - ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (dziecko)
8. Zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy: TAK NIE
9. Uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej (WTZ): TAK NIE ABSOLWENT
10. Kontakt:
11. E-mail:
12. Wykształcenie * *zaznaczyć właściwe*
 - ☐ przed obowiązkiem szkolnym, ☐ zawodowe
 - ☐ niepełne podstawowe; ☐ średnie
 - ☐ podstawowe; ☐ policealne
 - ☐ gimnazjalne; ☐ wyższe
- 13..Zatrudnienie * *zaznaczyć właściwe*
 - ☐ nieaktywny zawodowo; ☐ zatrudniony w ZAZ
 - ☐ poszukujący pracy nie zatrudniony; ☐ zatrudniony z ZPCH
 - ☐ poszukujący pracy zatrudniony, ☐ zatrudniony na otwartym rynku pracy
 - ☐ bezrobotny, ☐ dziecko

II. RODZAJ UŻYWANYCH POMOCY OPTYCZNYCH, SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO

**zaznaczyć właściwe*

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ wózek inwalidzki | ☐ lupy | ☐ biała laska |
| ☐ kule | ☐ aparat słuchowy | ☐ specjalistyczne |
| ☐ chodziki | ☐ okulary lupowe | oprogramowanie |
| ☐ protezy | ☐ okulary lornetkowe do blizy i dali | komputerowe |
| ☐ inne | | |

III. OGÓLNE INFORMACJE * *zaznaczyć właściwe*

- | | |
|---|--|
| ☐ osoba całkowicie niewidoma, | ☐ widzenie szczątkowe |
| ☐ osoba słabo widząca | ☐ niepełnosprawność ruchowa |
| ☐ osoba z dysfunkcją o podłożu neurologicznym, | ☐ zaburzenia słuchu |
| ☐ osoba z chorobą układu oddechowego i krążenia, | ☐ cukrzyca |
| ☐ osoba z chorobą układu pokarmowego, | ☐ zaburzenia równowagi |
| ☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, | ☐ inne..... |
| ☐ osoba z upośledzeniem umysłowym | |

[illegible]

Czynniki środowiskowe (e)	Problem							Problem							
	0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9	
Produkty i technologie (e 110 - e 199)															
Wsparcie i wzajemne powiązanie (e 310 - e 399)															
Postawy (e 410 - e 499)															
Usługi systemy i polityka (e510 - e 599)															

0 – brak problemu (żaden, nieobecny, nieistotny); **1** – nieznaczny problem (lekki, niewielki, mały), **2** - umiarkowany problem (średni, spory), **3** - znaczny problem (wielki, silny); **4** – skrajnie duży problem (zupełny), **8** - nieokreślony problem (nie można ocenić skali problemu); **9** - nie dotyczy

IV. Zalecane formy wsparcia w projekcie „Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED” planowane cele:

□ Rehabilitacja społeczna - opracowanie IPD (wolontariat):

- o - diagnozowanie problemów beneficjentów (diagnoza społeczna i zawodowa),
- o - klasyfikacja funkcjonalna z wykorzystaniem klasyfikacji ICF
- o - opracowanie Indywidualnych Planów Działania,
- o - określenie zakresu merytorycznego i czasowego usług asystenckich
- o - ocena predyspozycji, umiejętności i kompetencji niezbędnych do funkcjonowania w sferze aktywności zawodowej i społecznej,
- o - monitoring postępu i efektów rehabilitacji (z uwzględnieniem klasyfikacji ICF) i ewentualna korekta IPD.

□ Usługi asystenckie

- o - kompensacja ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością,
- o - zdobycie umiejętności i informacji niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, pokonywania codziennych problemów przez osoby niewidome i słabowidzące,
- o - zwiększenie samodzielności i rozpoczęcie satysfakcjonującego życia,
- o - uniezależnienie się osób z niepełnosprawnościami,
- o - wzrost wiary w siebie, we własne siły i możliwości,
- o - integracja osób z niepełnosprawnościami ze społeczeństwem ludzi pełnosprawnych,
- o - stworzenie beneficjentom możliwości lepszego rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji oraz akceptacji siebie, poznania własnej wartości,
- o - pozostanie osób z niepełnosprawnościami w swoim środowisku naturalnym, a nie wybieranie przez nich pobytu w domu pomocy społecznej,
- o - zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej.

podpis specjalisty ds. rehabilitacji podstawowej, społecznej zawodowej

V. Rodzaj podjętego działania

Rodzaj podjętego działania	Efekt działania	Uwagi
Rehabilitacja społeczna – Opracowanie IPD		1. 2.
Usługi asystenckie		1. 2.

1. Wymaga dalszej rehabilitacji
2. Nie wymaga dalszej rehabilitacji

Oświadczenie

Beneficjenta ostatecznego zadania **o nie objęciu wsparciem** z innego realizowanego równocześnie projektu dofinansowanego z środków PFRON

Oświadczam, że nie jestem objęty wsparciem innego realizowanego równocześnie projektu dofinansowanego ze środków PFRON, którego cele realizacji form wsparcia pokrywają się z celami form wsparcia projektu „**Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED**”

Uczestniczę aktualnie w projektach (wymienić jakie):

.....

Krótki opis projektu (projektów) pozwalający na stwierdzenie czy cele realizacji form wsparcia w projekcie w którym uczestniczy beneficjent oraz w projekcie „**Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED**” realizowanym przez Fundację CEWIMED nie pokrywają się (opis działań rehabilitacyjnych określonych w IPD dla beneficjenta oraz opis jakie umiejętności i/lub kompetencje rozwijają)

.....

Ponadto oświadczam, iż zapoznałam/em się z opracowanym dla mnie Indywidualnym Planem Działania w projekcie „**Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED**”, posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

....., dnia

(czytelny podpis beneficjenta ostatecznego)

**Oświadczenie beneficjenta ostatecznego zadania o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Zleceniobiorcę**

**Nazwa zadania: „Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED” – czas trwania
01.04.2024 – 31.03.2025**

Dane osobowe przekazane przez personel projektu */beneficjentów ostatecznych zadania*, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.), do **Polskiego Związku Niewidomych Okręg Opolski, 45-063 Opole, ul. Kościuszki 25/1** (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”. **Fundacja CEWIMED** przesyła (udostępnia) dane osobowe beneficjentów ostatecznych projektu oraz personelu projektu do PFRON.

Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak brak zgody na przetwarzanie danych osobowych i/lub brak zgody na udostępnienie danych osobowych do PFRON skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w projekcie.

.....
(imię i nazwisko Beneficjenta ostatecznego zadania)

.....
(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 **Fundacja CEWIMED, 45-057 Opole, ul. Ozimska 4/7** (administrator danych) oraz wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych do PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”,

Dane osobowe przekazane przez pracowników zadania publicznego, realizowanego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie gromadzone, przetwarzane i przekazywane są zgodnie z rozporządzeniem parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Klauzula informacyjna RODO znajduje się na stronie Fundacji CEWIMED pod adresem: www.cewimed.pl

Oświadczam iż zapoznałem się i akceptuję regulamin korzystania z usług asystenckich prowadzonych w ramach projektu pn. „**Centrum Usług Asystenckich przy Fundacji CEWIMED**”

.....
(data i podpis beneficjenta ostatecznego)

*niepotrzebne skreślić