



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Fundacja  
Centrum Terapii  
i Rozwoju Skarb

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

## **Regulamin rekrutacji Beneficjentów Projektu**

### **„Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”**

**Mikołów**

**2024**

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

## § 1

### Informacje o projekcie

1. Projekt „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej” realizowany jest przez Fundację Centrum Terapii i Rozwoju „SKARB” w ramach Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanym dalej PFRON.
2. Miejscem realizacji projektu jest: Mikołów, ul. Paprotek 28.
3. Informacja o projekcie dostępna jest pod numerem tel. kom.: 883 060 677, mail: wspolnyskarb@gmail.com
4. Projekt jest realizowany w terminie od 01.01.2022 r. do 31.03.2025 r.
5. Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

## § 2

### Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji oraz zasady uczestnictwa w projekcie pt.: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”.
2. Projekt realizowany jest na podstawie umowy o dofinansowanie nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. pomiędzy Fundacją Centrum Terapii i Rozwoju „SKARB” i Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Głównym celem projektu jest zwiększenie samodzielności funkcjonowania 35 dzieci 0-16 lat z niepełnosprawnościami poprzez podejmowanie kompleksowych i systematycznych działań rehabilitacyjno-terapeutycznych oraz wyposażenie rodziców w niezbędną wiedzę i umiejętności wspierania dzieci w środowisku rodzinnym zamieszkałych w miasta Mikołów i powiecie mikołowskim.

## § 3

### Zasady rekrutacji

1. Beneficjentem/ Beneficjentką Projektu jest osoba z niepełnosprawnością, w wieku 0-16 lat, zamieszkała w mieście Mikołów i powiecie mikołowskim.
2. Beneficjentami ostatecznymi Projektu mogą być osoby niepełnosprawne, które przedstawią Wnioskodawcy (najpóźniej w dniu przystąpienia do projektu) **aktualne** orzeczenie

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

- o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów). Poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę kserokopie orzeczeń przechowywane są przez Wnioskodawcę i udostępniane PFRON podczas przeprowadzanych czynności kontrolnych oraz wizyt monitoringowych. Beneficjent ostateczny posiadający czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie uczestnictwa w Projekcie, może korzystać ze wsparcia przed wydaniem kolejnego orzeczenia – za zastrzeżeniem, że wydane zostanie kolejne orzeczenie o niepełnosprawności (obejmujące okres korzystania ze wsparcia w Projekcie).
3. Beneficjent ostateczny nie może korzystać z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów. Beneficjent ostateczny, który korzysta ze wsparcia w ramach projektu dofinansowanego ze środków PFRON może, po zakończeniu udziału w tym projekcie, przystąpić do innego projektu. Możliwość ta istnieje wówczas, gdy oba projekty dotyczą tego samego kierunku pomocy i tych samych form wsparcia, a terminy realizacji projektów pokrywają się.
  4. W I okresie finansowania łącznie do projektu zostaną zrekrutowane 15 osób.
  5. Zostanie stworzona lista rezerwowa na wypadek wycofania się Beneficjenta/Beneficjentki z projektu.
  6. Osoby zakwalifikowane do projektu są zobowiązani (rodzice/opiekunowie):
    - a. Wypełnić formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w projekcie (zał.nr 1 do Regulaminu).
    - b. Zgoda na upowszechnianie wizerunku dziecka (zał.nr 2 do Regulaminu)
  7. Każdy uczestnik/uczestniczka projektu zobowiązany jest dostarczyć (oprócz wyżej wymienionych dokumentów) kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
  8. Wszelkie kserokopie dokumentów należy poświadczyc za zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną.

## § 4

### **Kwalifikacja Beneficjentów/Beneficjentek/Kryteria selekcji**

1. O zakwalifikowaniu kandydata/kandydatki do projektu będą decydowały następujące kryteria:
  - a. Kompletność dokumentacji formalnej
  - b. Spełnienie kryteriów wymienionych w § 3 niniejszego Regulaminu
  - c. Brak równoczesnego korzystania z innych Projektów finansowanych z PFRON – *„Ta sama osoba nie może zostać objęta wsparciem w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów-jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów. Pod pojęciem „równoczesnej realizacji projektów”,*



Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

*uważa się sytuację, w której terminy realizacji poszczególnych projektów pokrywają się w zakresie co najmniej 1 dnia kalendarzowego”.*

- d. Zakres merytoryczny projektu, którego Beneficjentami ostatecznymi są uczestnicy warsztatu terapii zajęciowej nie może dotyczyć działań podejmowanych na rzecz uczestnika zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii, przygotowanym przez radę programową warsztatu.

## § 5

### **Obowiązki Beneficjenta/Beneficjentki Projektu**

Beneficjent/Beneficjentka Ostateczny/-a (rodzic/opiekun) zobowiązuje się do:

1. Zapoznania się z niniejszym Regulaminem i potwierdzenie tego własnoręcznym podpisem (oświadczenie w Formularzu zgłoszeniowym – załącznik nr 1 do Regulaminu), w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, podpis w jej imieniu składa przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny.
2. Uczestniczenia we wszystkich formach wsparcia, do których został/a zakwalifikowany/a – potwierdzając własnym podpisem na liście obecności/oświadczenia o uzyskaniu określonego wsparcia.
3. Udziału w badaniach ewaluacyjnych, prowadzonych w czasie trwania i po zakończeniu Projektu.
4. Bieżącego informowania personelu Projektu o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział we wsparciu w ramach Projektu.
5. Usprawiedliwienia wszystkich nieobecności (telefonicznie, osobiście lub mail).

## § 6

### **Zasady rezygnacji z udziału w Projekcie**

1. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie Beneficjent/Beneficjentka Ostateczny/-a zobowiązany/-a jest do złożenia pisemnego oświadczenia określającego przyczyny rezygnacji (załącznik nr 3 do Regulaminu).
2. Beneficjent/Beneficjentka Ostateczny/-a zostaje skreślony/-a z listy w ciągu **7 dni** od dnia dostarczenia pisemnej decyzji o rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie.
3. Na miejsce Beneficjenta/Beneficjentki, który/-a zrezygnował/-a z udziału w Projekcie przed zakończeniem zaplanowanej ścieżki zrekrutowana będzie kolejna osoba spełniająca kryteria określone w Regulaminie.



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Fundacja  
Centrum Terapii  
i Rozwoju Skarb

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

### **Postanowienia końcowe**

1. Regulamin obowiązuje z dniem zatwierdzenia przez Koordynatora Projektu i Zarząd Fundacji.
2. Wszelkie zmiany do Regulaminu mogą być wprowadzane tylko i wyłącznie w formie pisemnej.
3. Informacje o zmianach będą każdorazowo podawane do informacji Beneficjentów/Beneficjentek Projektu oraz potencjalnych kandydatów/kandydatek.
4. Aktualna treść Regulaminu dostępna jest w Biurze Projektu.

### **Załączniki :**

Załącznik nr 1 – Formularz zgłoszeniowy.

Załącznik nr 2 – Zgoda na wykorzystanie wizerunku.

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Projekcie.

Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2024 r.



Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**Załącznik nr 1**

## **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU:**

### 1. Dane podstawowe uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

Nazwisko	Imię ( imiona)										
Data urodzenia	Płeć            K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>										
PESEL <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)

### 2. Adres zamieszkania uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

Miejscowość	Kod pocztowy    _ _ - _ _ _
Ulica	nr domu                      nr lokalu
Województwo	Powiat

### 3. Dane rodzica/opiekuna

Nazwisko	Imię ( imiona)
Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż uczestnika projektu)	
Telefon kontaktowy	Adres e-mail (bądź wpis: NIE POSIADAM)

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Rodzaj i stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka uczestnika: (właściwie zaznaczyć)

- znaczny
- umiarkowany
- lekki

Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia .....

Rodzaj (symbol, proszę krótko opisać).....

5. Inne informacje o stanie zdrowia dziecka, dodatkowe opinie (czy dziecko jest chore na epilepsję, czy istnieją schorzenia ortopedyczne itp.): .....

.....  
.....

6. Oświadczam, że: (właściwie zaznaczyć)

- uczestnik/uczestniczka\* nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- uczestnik/uczestniczka\* bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON:

.....  
.....

*(Proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę)*

7. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej? Jeśli TAK to jakich:

.....

8. Prosimy o krótkie uzasadnienie chęci uczestnictwa w projekcie:

.....  
.....

- Oświadczam, że beneficjent/ka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez organizatora projektu w celach rekrutacji do projektu „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**Zał. nr 2**

**Zgoda do upowszechniania wizerunku dziecka na stronie internetowej Fundacji, na portalu społecznościowym Facebook, Instagram**

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka imię i nazwisko .....  
przez **Fundację Centrum Terapii i Rozwoju SKARB w Mikołowie** do promowania działań związanych z realizacją Projektu pod nazwą: Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, poprzez upowszechnianie zdjęć oraz materiałów filmowych na stronach internetowych Fundacji, prasie oraz portalu społecznościowym Facebook, Instagram.

Dane będą przetwarzane na podstawie 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 oraz ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. z 2019 r. poz. 730 z późn.zm.).

.....  
data i podpis rodziców / opiekunów prawnych)

Na podstawie art.7 ust.3 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne Rozp. o ochronie danych z późn.zm.) Ma Pan/Pani prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



Fundacja  
Centrum Terapii  
i Rozwoju Skarb

Projekt pod nazwą: „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000285/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Zał.nr 3

Mikołów, dnia .....

### **OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI**

Oświadczam, że rezygnuję z zajęć w ramach Projektu pod nazwą „Mój świat – moje zmysły. Poprawa sprawności sensoryczno-motorycznej”,

dla: ..... ur. .... w .....  
(imię i nazwisko dziecka)

z dniem: .....

Powodem rezygnacji jest .....  
.....  
.....

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego