

Ankieta SOW - beneficjenta OWiT w Białymstoku

Istnieje możliwość skorzystania z oferty **Ośrodka Wsparcia i Testów** – jeżeli jesteś zainteresowana/-y udziel odpowiedzi na kolejne pytanie, co umożliwi **założenie konta w Systemie Obsługi Wsparcia**.

Uwaga! Proszę o dołączenie do ankiety ksero orzeczenia o niepełnosprawności

System Obsługi Wsparcia to nowoczesna platforma, za pomocą której Osoby Niepełnosprawne i jednostki działające na ich rzecz mogą elektronicznie składać wnioski o wsparcie finansowane przez PFRON, dystrybuowane przez jednostki samorządu terytorialnego.

<https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/info/>

Rodzaje niepełnosprawności aktualnie obsługiwane przez Ośrodek Wsparcia i Testów:
dysfunkcja narządu **wzroku** w różnym nasileniu, dysfunkcja **sluchu** i problemy w komunikowaniu się za pomocą **mowy** oraz dysfunkcja obu **kończyn górnych**

Wypełnienie ankiety nie potrwa długo, a pomoże najlepiej dla Ciebie sformułować poradę. Jeżeli nie jesteś w stanie udzielić odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie to skontaktuj się telefonicznie

Kozłowska Czesława tel. 885 554 485;

Rosińska Ewa tel. 887 887 846

lub mailowo: owit@sosw.bialystok.pl

INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ ANKIETĘ

Jestem: osobą z niepełnosprawnością rodzicem opiekunem prawnym

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:

Województwo:

Imię podopiecznego:

Nazwisko podopiecznego:

Rok urodzenia:

Czy pełnoletni: Tak Nie

Adres zamieszkania :

Rodzaj miejscowości: Miasto Wieś



Wykształcenie:

- Przedszkole
- Szkoła podstawowa
- Zasadnicza Szkoła Zawodowa
- Technikum
- Liceum
- Szkoła policealna
- Kolegium
- Studia I stopnia
- Studia II stopnia
- Studia magisterskie (jednolite)
- Studia podyplomowe
- Studia doktoranckie
- Przewód doktorski (poza studiami doktoranckimi)
- Szkoła doktorska
- Uczelnia zagraniczna
- Staż zawodowy za granicą w ramach programów UE
- Inne, jakie:

Sytuacja zawodowa:

- Nie dotyczy
- nieaktywna/y zawodowo
- bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy)
- poszukująca/y pracy (zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy i niezatrudniona/y)
- praktykant
- zatrudniona/y
- stażysta
- wolontariusz

Czy istnieje potrzeba kompleksowej i specjalistycznej usługi doradczej w związku z uzyskaniem po raz pierwszy orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności (nie wcześniej niż na dwa lata przed dniem zgłoszenia się w celu uzyskania usługi doradczej):

- Tak
- Nie
- Nie dotyczy

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:

- Tak
- Nie

Stopień niepełnosprawności:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> znaczny | <input type="checkbox"/> umiarkowany | <input type="checkbox"/> lekki | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

Grupa inwalidzka:

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> I grupa | <input type="checkbox"/> II grupa | <input type="checkbox"/> III grupa | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Niezdolność do pracy:

- całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji
- całkowita niezdolność do pracy
- częściowa niezdolność do pracy
- nie dotyczy



Rodzaj niepełnosprawności:

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
 - osoba głucha
 - osoba głuchoniema
- 04-O – narząd wzroku
 - osoba niewidoma
 - osoba głuchoniewidoma
- 05-R – narząd ruchu
 - wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
 - dysfunkcja obu kończyn górnych
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:

- Tak
- Nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności:

- 2 przyczyny
- 3 przyczyny

Kiedy po raz pierwszy orzeczona niepełnosprawność:

Aktualny dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:

- bezterminowo
- okresowo, do:

AKTYWNOŚCI

Czy będziesz ubiegać się o dofinansowanie zakupu sprzętu/urządzenia/usługi w ramach zadań finansowanych ze środków PFRON?

- Tak Nie

Wskaż aktywność, w ramach której OzN, której dotyczy ankieta zamierza wykorzystywać sprzęt/urządzenia/usługi dofinansowane w ramach zadań finansowanych ze środków PFRON (możesz wybrać kilka):

- podjęcie zatrudnienia
- ułatwienie wykonywanej pracy
- podjęcie nauki
- ułatwienie realizowanej nauki
- podjęcie wolontariatu
- ułatwienie realizowanego wolontariatu
- uzyskanie samodzielności
- poprawa samodzielności



- umożliwienie uczestnictwa w sporcie, rekreacji lub turystyce
- poprawa warunków uprawiania sportu, rekreacji lub turystyki
- uzyskanie informacji na temat dofinansowania działalności gospodarczej – dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej przez osobę z niepełnosprawnością
- uzyskanie informacji na temat dofinansowania działalności gospodarczej – refundacja składek ZUS, KRUS
- uzyskanie informacji na temat zatrudnienia pracownika z niepełnosprawnością
- uzyskanie informacji o projektach, w których beneficjentem mogłaby być OzN
- uzyskanie informacji o organizacjach pozarządowych, które świadczą wsparcie dla OzN w Twojej lokalizacji
- inna aktywność, jaka?

Dodatkowe pytania

1. Czy potrzebujesz wskazania dostępnych źródeł finansowania zakupu sprzętu pomagającego niwelować ograniczenia związane z Twoją niepełnosprawnością (lub Twojego podopiecznego)?

Tak Nie

2. Czy odczuwasz (lub Twój podopieczny odczuwa) potrzebę zwiększenia aktywności życiowej, samodzielności i zaradności osobistej przy użyciu technologii asystujących?

Tak Nie

3. Czy miałeś/eś (lub Twój podopieczny miał) kiedyś sporządzony plan aktywizacji osoby niepełnosprawnej?

Tak Nie

4. Czy obecnie poszukujesz (lub Twój podopieczny poszukuje)

▪ pracy

Tak Nie Nie dotyczy

▪ wolontariatu

Tak Nie Nie dotyczy

▪ stażu

Tak Nie Nie dotyczy

5. Czy w związku z niepełnosprawnością odczuwasz (lub Twój podopieczny odczuwa) ograniczenia

▪ w życiu społecznym

Tak Nie

▪ w życiu zawodowym

Tak Nie Nie dotyczy

▪ w edukacji

Tak Nie

6. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności życia osobistego?

Tak, istnieje potrzeba stałej pomocy innych osób przy wykonywaniu tych czynności

Tak, istnieje potrzeba częściowej pomocy innych osób przy wykonywaniu tych czynności

Nie, te czynności wykonywane są samodzielnie

7. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji społecznej?

Tak Nie

8. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) pomocy eksperta w zaplanowaniu rehabilitacji zawodowej?

Tak Nie



9. Czy posiadasz (lub Twój podopieczny posiada) wiedzę na temat rodzajów technologicznie zaawansowanych rozwiązań, służących zmniejszeniu barier i ograniczeń?

Tak Nie

10. Czy wiesz (lub Twój podopieczny wie) jakie są zasady bezpiecznego użytkowania sprzętu, urządzenia albo poruszania się przy jego pomocy?

Tak Nie

11. Czy chciał(a)byś podnieść swoją wiedzę, kompetencje sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością?

Tak Nie

12. Czy jesteś zainteresowany/-a następującymi formami wsparcia dla Ciebie (lub Twojego podopiecznego)?

- pomocą w doborze sprzętów, urządzeń, oprogramowania (technologii asystujących), umożliwiających likwidację lub ograniczenie barier (zgodnych z aktualnymi potrzebami OzN)
- warsztatami z obsługi sprzętu, urządzeń, oprogramowania zaproponowanego do zaopatrzenia
- wypożyczeniem sprzętów, urządzeń, oprogramowania w celu testowania ich w warunkach domowych

13. Czy potrzebujesz (lub Twój podopieczny potrzebuje) innej pomocy ze strony PFRON?

Tak Nie

Opis innej pomocy:

.....

Pozostałe informacje

Preferowany sposób kontaktu:

- rozmowa telefoniczna
- kontakt bezpośredni – umówiona wizyta w siedzibie CIDON w Oddziale PFRON
- korespondencja na wskazany adres e-mail
- korespondencja na wskazany adres

Preferowany termin wizyty od:

Preferowany termin wizyty do:

O ile dotyczy dodatkowe wymagania w zakresie dostępności:

- konieczność stosowania powiększonej czcionki w korespondencji
- w kontakcie bezpośrednim niezbędna obecność tłumacza języka migowego
- inna potrzeba, jaka:

.....

Oświadczenia i pouczenia

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udostępnienie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych moich danych osobowych oraz danych mojego podopiecznego (w sytuacji, kiedy dotyczy) podanych w powyższej ankiecie właściwemu Ośrodkowi Wsparcia i Testów

.....
podpis



Informujemy, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na legalność przetwarzania przed jej cofnięciem.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz Pana/Pani podopiecznego (w sytuacji, kiedy dotyczy) jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez administratora, w tym o przysługujących Pani/Panu prawach, m. in. prawie do cofnięcia zgody, dostępne są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Wkrótce skontaktuje się z Tobą pracownik OWiT. Po omówieniu szczegółów, razem ustalimy w jaki sposób można pomóc. Usługi, które będą realizowane w ramach Twojego zgłoszenia są nieodpłatne.

Klauzula informacyjna

- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.) dalej RODO informuję, że:
- Administratorem danych osobowych jest Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Waldemara Kikolskiego w Białymstoku z siedzibą w Białymstoku przy ulicy Antoniuk Fabryczny 40 reprezentowany przez Dyrektora pełniący rolę Ośrodka Wsparcia i Testów.
- Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: iod@eterneco.eu lub pisemnie na adres Administratora danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie: adres e-mail/numer telefonu w celu szybkiego kontaktu, oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, art. 6 ust 1 lit e. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi w celu udzielenia wsparcia z PFRON w ramach realizacji zadania „Utworzenie i prowadzenie Ośrodka Wsparcia i Testów” - funkcjonującego przy Specjalistycznym Centrum Wspierającym Edukację Włączającą w Białymstoku w ramach programu PFRON pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”
- Odbiorcami danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa w tym PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadania przez Zleceniobiorcę oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON lub inne podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach Podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie niniejszej zgody do momentu wycofania niniejszej zgody.
- Posiada Pan/Pani prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, na podstawie art. 15 RODO oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa przysługuje Panu/Pani prawo do: sprostowania danych osobowych, na podstawie art. 16 RODO, usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO, ograniczenia przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 18 RODO, przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO, wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 7 RODO. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Administratora danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały zautomatyzowanemu profilowaniu.
- Dane osobowe nie będą przekazywane do podmiotów poza Unią Europejską lub Europejskim Obszarem Gospodarczym.
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w postaci numeru telefonu/adresu e-mail (danych kontaktowych) jest dobrowolna. Podanie danych kontaktowych jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na ich przetwarzanie. Podanie pozostałych danych osobowych zawartych w formularzu jest obowiązkowe.

Data, miejscowość	Podpis
.....

