



FUNDACJA GOSPODARCZA
Północnej Wielkopolski

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zgłoszenie opiekuna-asysty do projektu „Aktywni bez Granic”

Wypełnij czytelnie, drukowanymi literami. Zaznacz kratki znakiem X. Wypełniony formularz włóż do zaklejonej koperty zaadresowanej: Fundacja Gospodarcza Północnej Wielkopolski, biuro projektu, ul. Kossaka 20/31, 64-920 Piła. Kopertę wyślij pocztą, przynieś do biura projektu albo przekaz podmiotowi, który dał Ci formularz. Podmiot nie otwiera koperty. Nie musisz wypełniać sam: zadzwoń pod 880 286 237, przejdziemy przez formularz razem przez telefon. Termin: do 30 września 2026.

O roli opiekuna-asysty

Opiekun-asysta jedzie na czterodniowy turnus jako wsparcie dla uczestnika z niepełnosprawnością: pomaga w codziennych czynnościach, jest obecny, daje poczucie bezpieczeństwa.

Zapewniamy bezpłatny pobyt, wyżywienie, transport i ubezpieczenie. Opiekun bierze udział w zajęciach razem z uczestnikiem.



**Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej**
w Poznaniu



WIELKOPOLSKA



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

To nie jest praca zarobkowa. Opiekun-asysta nie otrzymuje wynagrodzenia. Za organizację turnusu i bezpieczeństwo zajęć programowych odpowiada organizator i kierownik turnusu.

Część 1. Warunki udziału

Zaznacz wszystkie kratki. Bez nich nie możemy przyjąć zgłoszenia.

- ☐ Mam ukończone 18 lat.
- ☐ Mogę być obecna/y przez wszystkie cztery dni turnusu.
- ☐ Mój stan zdrowia i kondycja pozwalają mi na bieżącą asystę przy uczestniku przez cały turnus (pomoc przy poruszaniu się, przy posiłkach, obecność przez większość dnia).
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że rola opiekuna-asysty jest nieodpłatna.

Część 2. Dane kontaktowe

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Adres e-mail (jeśli masz)

Część 3. Dane do dokumentacji i ubezpieczenia

PESEL

Data urodzenia

Ulica i numer domu lub mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Gmina

Powiat zamieszkania: ☐ pilski ☐ złotowski ☐ czarnkowsko-trzcianecki ☐ chodzieski
☐ wągrowiecki ☐ inny

Część 4. Kogo wspierasz

W jakiej roli się zgłaszasz? ☐ towarzyszę konkretnej osobie, która zgłosiła się do projektu ☐ chcę pomagać, ale nie mam konkretnej osoby

Imię i nazwisko osoby, której towarzyszysz

Kim jest dla Ciebie ta osoba? ☐ rodzic ☐ współmałżonek lub partner ☐ dorosłe dziecko ☐ rodzeństwo ☐ inny członek rodziny ☐ przyjaciel lub sąsiad ☐ osoba, którą wspieram zawodowo ☐ osoba, którą wspieram jako wolontariusz

Twoje doświadczenie w opiece nad osobą z niepełnosprawnością: ☐ opiekuję się na co dzień ☐ opiekowałam/em się w przeszłości ☐ zajmuję się tym zawodowo ☐ mam doświadczenie wolontariackie ☐ nie mam doświadczenia

Opisz krótko swoje doświadczenie (2-3 zdania)

Część 5. Udział w turnusie

Które terminy turnusów Ci odpowiadają? (możesz zaznaczyć kilka)

☐ turnus 1 (28.09-1.10) ☐ turnus 2 (5-8.10) ☐ turnus 3 (19-22.10) ☐ dowolny termin

Kwalifikujemy tylko na terminy, które zaznaczysz. Jeśli towarzyszysz konkretnej osobie, zaznacz te same terminy co ona.

Ilu uczestnikom możesz pomagać podczas turnusu?

Standardowo jeden opiekun wspiera jedną osobę. Czasem potrzebujemy, żeby jedna osoba pomagała większej liczbie uczestników przy prostych czynnościach, najwyżej trzem.

☐ tylko osobie, z którą jadę ☐ mogę pomagać także innym uczestnikom przy prostych czynnościach (łącznie najwyżej 3 osobom)

Część 6. Potrzeby na turnusie

Dieta: ☐ bez ograniczeń ☐ wegetariańska ☐ wegańska ☐ bezglutenowa ☐ bez laktozy ☐ inna

Jaka dieta, jeśli zaznaczono „inna”

Czy potrzebujesz wsparcia w komunikacji albo dostępności? ☐ nie ☐ tak

Jakie wsparcie, jeśli zaznaczono „tak”

Czy ze względu na stan zdrowia będziesz potrzebować szczególnych warunków?

☐ nie ☐ tak

Jakie warunki, jeśli zaznaczono „tak”

Kontakt na wypadek sytuacji nagłej:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu

Telefon

Kim jest ta osoba dla Ciebie

Część 7. Oświadczenie o zakresie odpowiedzialności asystenckiej

Zgłaszając się do udziału w turnusie aktywno-integracyjnym w projekcie „Aktywni bez Granic” jako opiekun-asysta, oświadczam, że:

1. Będę towarzyszyć uczestnikowi projektu przez cały czas trwania turnusu i zapewniać mu bieżącą asystę w czynnościach codziennych, w zakresie odpowiadającym jego potrzebom (m.in. poruszanie się, posiłki, czynności higieniczne, orientacja w obiekcie, udział w zajęciach).
2. Mój stan zdrowia i kondycja fizyczna pozwalają mi na pełnienie tej roli przez cztery dni.
3. Będę stosować się do Regulaminu turnusu oraz do poleceń kierownika turnusu w sprawach organizacyjnych i bezpieczeństwa.

4. W sytuacji nagłej (pogorszenie stanu zdrowia uczestnika, wypadek) niezwłocznie powiadomię kierownika turnusu.
5. Będę korzystać ze strefy relaksu i innych aktywności obarczonych ryzykiem wyłącznie zgodnie z regulaminem obiektu, a uczestnikowi towarzyszyć zgodnie z zasadami bezpieczeństwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że rola opiekuna-asysty ma charakter **nieodpłatny i nie stanowi zatrudnienia ani zlecenia**.
7. Przyjmuję do wiadomości, że **pełna odpowiedzialność za organizację turnusu, w tym za bezpieczeństwo zajęć programowych, spoczywa na organizatorze i kierowniku turnusu**, a moja rola dotyczy wyłącznie bieżącej asysty przy uczestniku.

Część 8. Zgody

- ☐ (WYMAGANA) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Gospodarczą Północnej Wielkopolski w celu rekrutacji, organizacji turnusu, ubezpieczenia i rozliczenia projektu „Aktywni bez Granic”, w tym na udostępnienie danych Województwu Wielkopolskiemu do celów sprawozdawczych i kontroli.
- ☐ (WYMAGANA) Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji uczestników projektu „Aktywni bez Granic” i akceptuję go.

Wykorzystanie wizerunku: ☐ wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody

Zgoda obejmuje nieodpłatne utrwalenie i wykorzystanie mojego wizerunku (zdjęcia, nagrania wideo) wykonanych podczas działań projektu „Aktywni bez Granic”, w celach związanych z dokumentacją projektu, jego promocją oraz publikacją materiałów. Brak zgody nie wpływa na udział w projekcie.

- ☐ (DOBROWOLNA) Chcę otrzymywać informacje o kolejnych działaniach Fundacji na podany adres e-mail; mogę zrezygnować w każdej chwili.

Data i czytelny podpis opiekuna-asysty

Wypełnia biuro projektu

Numer zgłoszenia

Kod pary (ten sam u uczestnika i u opiekuna)

Data wpływu

Kanał wejścia (papier, telefon, partner: nazwa)

Data przepisania do rejestru i podpis osoby przyjmującej

Informacja o danych osobowych

Administratorem danych jest Fundacja Gospodarcza Północnej Wielkopolski, ul. Kołobrzeska 15, 64-920 Piła. Dane przetwarzamy wyłącznie w celu rekrutacji, realizacji i rozliczenia projektu „Aktywni bez Granic” i przechowujemy przez 5 lat, zgodnie z umową o dofinansowanie. Podanie danych jest dobrowolne, ale bez nich nie rozpatrzymy zgłoszenia. Masz prawo dostępu do danych, ich poprawienia, usunięcia oraz wycofania zgody w dowolnym momencie (wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania). Pełna informacja: fgpw.pl/klauzula-informacyjna-rekrutacja, w druku ABG-INF-01 albo w biurze projektu.

Projekt współfinansowany ze środków PFRON będących w dyspozycji Samorządu Województwa Wielkopolskiego

Przedstawione treści wyrażają poglądy realizatora projektu.