

Dane osoby składającej podanie¹:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zameldowania)

.....
(nr telefonu i ewentualnie email)

Adnotacje WtZ:

.....
(pieczęć placówki i data wpływu podania)

..... dnia
(miejscowość)

**Kierownik
Warsztatu Terapii Zajęciowej
w**

PODANIE O PRZYJĘCIE DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie / mojego podopiecznego² - Pana/Pani
..... na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z obowiązującym regulaminem Warsztatu i zobowiązuję się do jego przestrzegania,
2. informacje podane w treści niniejszego podania i dołączonych do niego załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
(czytelny podpis³ kandydata na uczestnika lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

w załączeniu:

1. kopia orzeczenia nr z dnia

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz z 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO” informujemy, że administratorem danych osobowych podanych przez niego w treści niniejszego podania jest **Warsztat Terapii Zajęciowej w Górkach 67** oraz **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Chemików 6; 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki**. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji:

- zadań określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.);
- zadań określonych rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (tekst jednolity Dz. U. z 2004 r. nr 63 poz. 587);
- zadań określonych prawem, realizowanych dla dobra publicznego

1

Kandydat na uczestnika wtz lub inna osoba uprawniona do reprezentacji kandydata, której podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać. Do reprezentacji kandydata uprawnia m.in. pełnomocnictwo notarialne i zaświadczenie Sądu Rodzinnego (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych),

2 Niepotrzebne skreślić

3 Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis;

Podanie o przyjęcie do warsztatu terapii zajęciowej

Dane osobowe nie będą udostępnione innym odbiorcom. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia niniejszego podania. Osobie składającej podanie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA UCZESTNIKA W WTZ

1. Dane kandydata:

Imię/imiona:	Nazwisko:
Adres zamieszkania:	Adres zameldowania:
Nr PESEL:	Dowód osobisty: seria <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dowód osobisty wydany w dniu przez	
..... ważny do dnia	

2. informacje dotyczące niepełnosprawności kandydata:

Rodzaj schorzenia:

Kandydat⁴ jest osobą samodzielną wymaga stałej opieki wymaga doraźnej pomocy w zakresie:

W przypadku przyjęcia kandydata na uczestnika WTZ, wymaga on zapewnienia przez placówkę transportu z miejsca zamieszkania do warsztatu oraz z warsztatu do miejsca zamieszkania⁵:

nie tak jeśli tak, dlaczego?:

(należy napisać krótkie uzasadnienie odnoszące się np. do ewentualnych ograniczeń ruchowych kandydata)

Posiadane orzeczenie, na podstawie którego kandydat ubiega się o przyjęcie do WTZ:

Nr z dnia wydane przez

Oświadczam, że⁶:

nie posiadam innych orzeczeń (w tym wydanych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) niż wyżej wymienione; dotyczy również wyroków Sądów pracy i ubezpieczeń społecznych

oprócz wyżej wymienionego orzeczenia posiadam również następujące orzeczenia (w tym wyrok/i Sądów pracy i ubezpieczeń społecznych):

(należy podać nr dokumentu, datę jego wydania i organy wydający)

3. informacje o korzystaniu przez kandydata z usług placówek pomocy społecznej i rehabilitacyjnych:

I.p.	Dane placówki	Okres pobytu w placówce w latach	Powód rezygnacji z usług placówki
1			
2			
2			

4. informacje dotyczące wykształcenia kandydata oraz aktywności zawodowej

.....

.....

4

Właściwie zaznaczyć „x”

5

Właściwie zaznaczyć „x”

6

Właściwie zaznaczyć „x”

