

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

.....

(Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami)

w programie pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” w ramach projektu pn. „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”,
3. wyżej wymienione dziecko jest uczniem klasy I-VI szkoły podstawowej;
4. wyżej wymienione dziecko uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie województwa mazowieckiego.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)

.....

data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA



KWESTIONARIUSZ BADANIA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

KLASA, Szkoła Podstawowa w

WIEK

ADRES ZAMIESZKANIA,

(miejscowość)

(ulica, numer domu, numer lokalu)

DANE KONTAKTOWE,

(numer kontaktowy)

(e-mail)

Kwestionariusz dla rodziców, którzy nie będą obecni przy badaniach dziecka.

Udzielnie odpowiedzi jest warunkiem skutecznej kwalifikacji do projektu pn. „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego”.

1. Czy Państwa dziecko miało dysplazję stawów biodrowych w okresie niemowlęcym?
Jeśli tak, proszę podać która strona prawa czy lewa.
2. Czy Państwa dziecko w ostatnim czasie przeszło większe choroby, infekcje?
Jeśli tak, proszę podać jakie.
3. Czy Państwa dziecko doznało mechanicznego urazu, złamania, skręcenia?
Jeśli tak, proszę podać kiedy zdarzenie miało miejsce.
4. Czy Państwa dziecko było/ jest pod specjalistyczną opieką medyczną?
Proszę podać jaką?
5. Czy dziecko kiedykolwiek było diagnozowane w kierunku wady postawy/skoliozy?
Tak / Nie

Jeśli tak proszę podać metody leczenia.

Ćwiczenia Tak / Nie

Gorset Tak / Nie

Sanatoria Tak / Nie

Operacje Tak / Nie

6. Proszę podać inne ważne informacje o stanie zdrowia dziecka

*Wyrażam zgodę na przekazanie wyników badania za pośrednictwem szkoły. TAK/NIE

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis prawnego opiekuna)



Oświadczenie uczestnika Projektu

W związku z przystąpieniem mojego dziecka,
(imię i nazwisko dziecko)

identyfikującego się numerem PESEL, zamieszkałego,
(numer PESEL) (kod pocztowy)

....., ul.
(miejscowość) (ulica, numer domu, numer lokalu)

do Projektu pn. „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż pełne uczestnictwo w programie oznacza bezpłatny udział mojego dziecka w:

- 3 badaniach fizjoterapeutycznych
- 3 konsultacjach fizjoterapeutycznych
- 72 zajęciach ruchowych (co najmniej 2 razy w tygodniu)
- 1 warsztatach edukacyjne wraz z jednym prawnym opiekunem

Jednocześnie zobowiązuje się do współpracy z realizującymi projekt w celu uzyskania jak najlepszych efektów zdrowotnych dla mojego dziecka, poprzez aktywny udział w zajęciach, stosowania się do zaleceń terapeutów, informowania o niespodziewanych przeszkodach, które mogą uniemożliwić osiągnięcie oczekiwanych celów programu oraz umożliwienia przeprowadzenia okresowych badań ankietowych. Przyjmuje do wiadomości, iż zgodnie z założeniami programu, każdy z uczestników ma prawo do maksymalnie 5 nieusprawiedliwionych nieobecności. W przypadku przekroczenia tego limitu moje dziecko zostanie wyłączony z dalszego uczestnictwa w projekcie. Za usprawiedliwioną uznaje się nieobecność, kiedy będzie ona wynikała ze stanu zdrowia dziecka tymczasowo uniemożliwiającego uczestniczenie w działaniach w ramach programu popartego dokumentacją medyczną, bądź ze zdarzenia losowego o szczególnym znaczeniu. W związku z tym zobowiązuje się zgłaszać możliwie jak najszybciej powodów nieobecności mojego dziecka do osób prowadzących zajęcia.

Dane kontaktowe:,
(telefon komórkowy) (telefon stacjonarny)

.....
(adres e-mail)

.....
(Miejscowość i data) (Czytelny podpis rodzica/opiekuna)

Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności, (np. zapewnione miejsce na sali wykładowej na wózek inwalidzki, itp.). Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:

.....
.....
.....
.....



Załącznik nr 6: Wzór oświadczenia uczestnika Projektu

Oświadczenie uczestnika Projektu

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

Administratorem moich danych osobowych jest:

- 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014- 2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
- 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) — dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
- 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
 - d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do



wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa (nazwa i adres właściwej IP), Beneficjentowi realizującemu Projekt: Better Place Piotr Ślusarczyk ul. Graniczna 15a, 05-830 Nadarzyn (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, z siedzibą w Jabłonie, ul. Parkowa 21, 05-110 Jabłonna (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;

7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.

9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.

11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

12. Mam prawo żądać dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika Projektu'

'W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Zgoda na wykonanie badań u dziecka

Imię i nazwisko dziecka:.....

Pesel:.....

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:.....

Stopień pokrewieństwa: - Matka - Ojciec - Opiekun prawny

Imię i nazwisko drugiego Rodzica:

Ja, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

bezpłatnych badań wad postawy obejmujących badanie całego kręgosłupa wraz z oceną asymetrii kończyn dolnych oraz tułowia (klatka piersiowa, łopatki, brzuch). Badanie będzie wykonane metodą wzrokową przy dodatkowej pomocy skoliometru Bunnella, który określa skrzywienie rotacyjne kręgow w kręgosłupie i wyznacza stopień zaawansowania skoliozy u dziecka. Badanie może być związane z koniecznością ściąganiem odzieży wierzchniej badanego dziecka i pozostania w samej bieliźnie. Badanie będzie wykonane na terenie szkoły przez fizjoterapeutę SPZOZ w Jabłonninie, w związku z realizacją projektu pn. „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego”, Oś priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.

1. Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielanych mu świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

2. Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

3. Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta

Proszę w powyższych okienkach zaznaczyć znakiem **X** właściwą wersję

4. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na poniższy adres mailowy:

5. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem poniższego numeru

Numer telefonu:.....

6. Jeżeli rodzic/opiekun chce być obecny podczas badania dziecka prosimy o zgłoszenie tego faktu poprzez postawienie krzyżyka w kratce obok oraz podanie numeru telefonu komórkowego.

Informacja o terminie badania zostanie przekazana telefonicznie na podany numer:

Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania, zmiany lub osiągnięcia pełnoletniości przez pacjenta

Data złożenia oświadczenia:..... Podpis osoby składającej oświadczenie:.....



Wzór Informacji o uczestnikach Projektu

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu: „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego”;
2	Nr Projektu: RPMA.09.02.02-14-b228/18
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Data	Nazwa
Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	5	PESEL	
	6	Wykształcenie	
Dane kontaktowe	7	Ulica	
	8	Nr domu	
	9	Nr lokalu	
	10	Miejscowość	
	11	Obszar	
	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	15	Telefon stacjonarny	
	16	Telefon komórkowy	
Dane dodatkowe	17	Adres poczty elektr. (e-mail)	
	18	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
	19	Rodzaj przyznanego wsparcia	
	20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	21	Data zakończenia udziału w projekcie	
	22	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	23	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	
	24	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej	
	25	Posiadanie statusu imigranta	
	26	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	