

REGULAMIN PROJEKTU “MOC LOKALNYCH INICJATYW W MAKROREGIONIE I”

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy regulamin określa podstawowe założenia projektu, zasady uczestnictwa oraz organizacji wsparcia w projekcie “Moc lokalnych inicjatyw w Makroregionie I”.
2. Organizatorem projektu jest Fundacja Rozwoju Warmii i Mazur z siedzibą przy ul. Gdańskiej 10/8, 14-200 Iława.
3. Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu Moc Lokalnych Inicjatyw – edycja 2025.

§ 2

INFORMACJE OGÓLNE O PROGRAMIE

1. Celem projektu jest wsparcie osób z niepełnosprawnościami (OzN), ich rodziców/opiekunów prawnych, członków rodzin i osób pracujących z OzN.
2. Wsparcie przewidziane w projekcie jest dla uczestników bezpłatne.
3. Projekt realizowany jest od 1 kwietnia 2026 r. do 30 września 2026 r.
4. Projekt przewiduje następujące rodzaje wsparcia:
 - a. diagnozy (logopedyczne, SI, psychologiczne) dla OzN,
 - b. zajęcia (SI, TUS, psychologiczne) dla OzN,
 - c. warsztaty (manualno-sensoryczne) dla OzN oraz (psychologiczne) dla rodziców/opiekunów/członków rodzin/osób pracujących z OzN,
 - d. wyjazd integracyjny dla OzN, rodziców/opiekunów/członków rodzin/osób pracujących z OzN.

Wszelkie informacje związane z realizacją wsparcia będą przekazywane uczestnikom/rodzicom/opiekunom prawnym mailowo lub telefonicznie.

5. Kontakt w sprawach dotyczących projektu:

- telefoniczny do hullo: 797 707 693,
- mailowy do hullo: info@hullo.pl.

§ 3

WARUNKI UCZESTNICTWA W PROGRAMIE

1. Projekt skierowany jest do mieszkańców gminy Lubawa oraz gmin sąsiadujących (Lubawa miasto, Iława, Rybno, Ostróda, Grodziczno, Dąbrówno, Bratian), zaliczających się do następujących grup:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu Moc Lokalnych Inicjatyw – edycja 2025

- a. OzN
 - b. rodzic/opiekun prawny OzN
 - c. członek rodziny OzN
 - d. osoba pracująca z OzN, tj.: nauczyciel, wychowawca, pedagog, terapeuta, itp.
2. Rekrutacja uczestników trwa od 01 kwietnia 2026 r. do 30 kwietnia 2026 r.
 3. Rekrutacja do projektu prowadzona jest z zachowaniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, wyznanie, pochodzenie, orientację seksualną czy sytuację społeczno-ekonomiczną. Projekt ma charakter otwarty i zapewnia równy dostęp wszystkim uprawnionym osobom.
 4. Dokumentacja rekrutacyjna dostępna jest na stronie internetowej FRWiM (www.fundacjawnm.pl), a także w punkcie rekrutacyjnym, tj. hullo, Fijewo 85D, 14-260 Lubawa.
 5. W przypadku, gdy uczestnikiem jest OzN do 18 roku życia załączniki wypełnia, podpisuje i składa rodzic/opiekun prawny.
 6. Osoby zainteresowane uczestnictwem w projekcie będą zobowiązane do wypełnienia oraz podpisania dokumentów rekrutacyjnych:
 - a. formularz - Załącznik nr 1
 - b. oświadczenie rodzica/opiekuna OzN - Załącznik nr 2
 - c. klauzula RODO - Załącznik nr 3
 - d. deklaracja uczestnictwa - Załącznik nr 4.
 7. Dokumenty rekrutacyjne wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w następujący sposób:
 - a. osobiście, w punkcie rekrutacyjnym: hullo, Fijewo 85D, 14-260 Lubawa
 - b. mailowo na adres: info@hullo.pl
 - c. za pomocą formularza online dostępnego pod adresem <https://forms.gle/oriQNQR3NSezWBBk8>
 8. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do programu.
 9. Dokumenty rekrutacyjne zostaną zweryfikowane przez Komisję, która dokona oceny:
 - a. pod względem formalnym (m.in. czy dokumenty zostały złożone w wyznaczonym terminie, czy zostały wypełnione na prawidłowych drukach, czy zostały wypełnione wszystkie pola, czy podpisy zostały złożone w odpowiednich miejscach, czy załączono wymagane załączniki, itp.)
 - b. pod względem merytorycznym (m.in. czy osoba spełnia kryteria uczestnictwa na zajęciach/warsztatach, rodzaju i stopnia niepełnosprawności, wieku uczestnika).
 10. W przypadku liczby zgłoszeń przekraczającej liczbę dostępnych miejsc w projekcie, o zakwalifikowaniu uczestników decydować będą kryteria pierwszeństwa udziału, którym przypisano następujące wartości punktowe:
 - a. brak aktualnej diagnozy w zakresie logopedii - 1 pkt.
 - b. brak aktualnej diagnozy w zakresie integracji sensorycznej - 1 pkt.
 - c. brak aktualnej diagnozy w zakresie diagnozy psychologicznej - 1 pkt.

d. brak wcześniejszego udziału w specjalistycznych konsultacjach diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych - 1 pkt.

e. trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziny uczestnika - 1 pkt.

Punkty 1- 4 będą weryfikowane na podstawie oświadczenia, punkt 5 - należy dostarczyć właściwą decyzję z MOPS/GOPS.

11. Osoby zakwalifikowane do udziału w projekcie zostaną o tym poinformowane telefonicznie lub mailowo.

12. O zakwalifikowaniu się do udziału w projekcie oraz o szczegółach wsparcia (m.in. harmonogram zajęć, wytyczne dot. przygotowania się na zajęcia/warsztaty) uczestnicy będą informowani telefonicznie lub mailowo.

13. Zajęcia/warsztaty będą miały miejsce w hullo w Fijewie pod adresem: Fijewo 85D, 14-260 Lubawa.

§ 4

REZYGNACJA ORAZ WYKLUCZENIE Z ZAJĘĆ

1. Uczestnik może zrezygnować ze wsparcia lub zostać wykluczony z projektu.
2. Rezygnacja z uczestnictwa we wsparciu musi zostać złożona w formie pisemnej, w punkcie rekrutacyjnym hullo.
3. Uczestnik może zostać wykluczony ze wsparcia w następujących przypadkach:
 - a. rażąco naruszenie zasad obowiązujących w trakcie wsparcia
 - b. niezgodne z zasadami współżycia społecznego zachowanie Uczestnika
 - c. nieprzestrzeganie przepisów zawartych w regulaminie
 - d. nieusprawiedliwione absencje uczestnika.
4. Rodzic/opiekun prawny lub sam uczestnik jest zobowiązany do wcześniejszego informowania o nieobecności dziecka/swojej własnej na zajęciach.
5. W przypadku, gdy frekwencja będzie niższa niż 80% Uczestnik podlega wykluczeniu ze wsparcia, a jego udział w projekcie zakończony/zamknięciu.
6. W przypadku rezygnacji oraz wykluczenia osoby biorącej udział we wsparciu, miejsce ww. osoby zajmuje kolejna osoba z listy, spełniająca warunki uczestnictwa, która we wcześniejszym terminie nie zakwalifikowała się do udziału w projekcie ze względu na wyczerpany limit osób.

§ 5

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez koordynatora projektu lub projektodawcę.
2. Ostateczna interpretacja Regulaminu należy do projektodawcy, który dokonuje jej w oparciu o wytyczne.
3. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.04.2026 r.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU „MOC LOKALNYCH INICJATYW W SUBREGIONIE I”

Rodzaj wsparcia (należy wybrać odpowiednie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wsparcie dla rodziców/opiekunów/członków rodzin/osób pracujących z OzN (zajęcia z psychologiem)	Wsparcie osób z niepełnosprawnością (diagnozy logopedyczne, SI, psychologiczne, zajęcia SI, TUS, psychologiczne warsztaty manualno-sensoryczne)
Dane osobowe uczestnika	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Data urodzenia	
Dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego (jeżeli uczestnik jest nieletni)	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Kod pocztowy	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane dodatkowe: (Dotyczy Wsparcie OzN diagnozy logopedyczne, SI, psychologiczne, zajęcia SI, TUS, psychologiczne warsztaty manualno-sensoryczne)	Załączono orzeczenie o niepełnosprawności*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Obszary wymagające wsparcia (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> Rozwój mowy <input type="checkbox"/> Integracja sensoryczna <input type="checkbox"/> Trudności emocjonalne <input type="checkbox"/> Trudności społeczne <input type="checkbox"/> Inne:
	Zaznacz właściwe:	Wcześniejsza diagnoza logopedyczna <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wcześniejsza diagnoza w zakresie integracji sensorycznej

		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wcześniejsza diagnoza psychologiczna <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wcześniejszy udział w finansowanych publicznie konsultacjach diagnostycznych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna** <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	--	--

*Status osoby z niepełnosprawnością będzie weryfikowany na podstawie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

**Status ekonomiczny osoby z niepełnosprawnością będzie weryfikowany na podstawie decyzji z MOPS/GOPS.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)



OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem (proszę zaznaczyć właściwe):

- rodzicem / opiekunem prawnym
- członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością
- osobą pracującą z osobami z niepełnosprawnościami

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)

Załącznik 3

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem zebranych danych osobowych są operatorzy w makroregionie:
 - a. Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa, ul. Bogumiła Linki 3/4, 10-535 Olsztyn
 - b. Stowarzyszenie MORENA, ul. Jaśkowa Dolina 7, 80-252 Gdańsk
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji celów statutowych – zgodnie z art. 6 ust 1 lit b,c RODO.
3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu monitoringu, sprawozdawczości, ewaluacji i kontroli konkursów grantowych "Moc lokalnych inicjatyw" - edycja 2025.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania "Moc lokalnych inicjatyw" - edycja 2025 (określonego umową zawartą pomiędzy PFRON a Operatorem).
6. Mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, a także do ich usunięcia.
7. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa wyrażenia zgody lub cofnięcie zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczne z rozwiązaniem Umowy z Operatorem na dofinansowanie realizacji grantu w ramach "Moc lokalnych inicjatyw" - edycja 2025.
8. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
9. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
10. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

"Oświadczam, że:

- zapoznałam/em się z Regulaminem i w pełni go akceptuję,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym na potrzeby rekrutacji do projektu „**MOC LOKALNYCH INICJATYW W SUBREGIONIE I**” zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL),
- przyjmuję do wiadomości, że wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027,
- dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego."

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Moc
lokalnych
inicjatyw



Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu Moc Lokalnych Inicjatyw – edycja 2025

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
W przypadku nieletnich uczestników WYPEŁNIA opiekun/rodzic

IMIĘ I NAZWISKO (uczestnika)

PESEL (uczestnika):

ADRES ZAMIESZKANIA (uczestnika):

.....

OŚWIADCZAM, ŻE

- 1) Wyrażam wolę wzięcia udziału w Projekcie „*Moc lokalnych inicjatyw w subregionie I*”.
- 2) Znam i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w zajęciach w projekcie.
- 3) Zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
- 4) Zostałem poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez PFRON.
- 5) Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane przedstawione w deklaracji uczestnictwa w projekcie i formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Korzystając z przysługujących mi praw w celach i w związku z procesem realizacji Projektu “Moc lokalnych inicjatyw w subregionie I”, wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie przez Realizatora projektu oraz instytucje zarządzające i pośredniczące mojego wizerunku do ewaluacji, kontroli, monitoringu, sprawozdawczości i promocji projektu.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)