|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KWESTIONARIUSZ DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ  O WSPARCIE W RAMACH DZIAŁAŃ  ZESPOŁU DS. WSPARCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI | | | | | |
| Dane osobowe: | | | | | |
| **Jestem:** | | 🞏 kandydatem na studia z niepełnosprawnością;  🞏 studentem/doktorantem z niepełnosprawnością; | | | |
| **Imię i Nazwisko** | |  | | | |
| **Numer telefonu** | |  | | | |
| **E-mail** | |  | | | |
| **Adres korespondencyjny** | |  | | | |
| Informacje dotyczące studiów[[1]](#footnote-1): | | | | | |
| **Nazwa wydziału** | |  | | | |
| **Nr albumu** | |  | | | |
| **Kierunek studiów** | |  | | | |
| **Rok i stopień studiów** | |  | | | |
| **Tryb studiów** | |  | | | |
| Informacje dotyczące niepełnosprawności lub choroby: | | | | | |
| **Przedstawiona dokumentacja medyczna oraz inne (do wglądu:)** | | | | | |
| 🞏 posiadam orzeczenie   o niepełnosprawności | | 🞏 nie posiadam orzeczenia  o niepełnosprawności | | 🞏 posiadam inne dokumenty | |
| **Stopień niepełnosprawności lub inne informacje dotyczące zdrowia:** | | | | | |
| 🞏 znaczny  🞏 umiarkowany  🞏 lekki  🞏 inne schorzenie nie określone orzeczeniem  🞏 jestem w kryzysie zdrowia psychicznego  🞏 inne jakie?....................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
| **Opisz krótko jakie trudności napotykasz? Jakiego sprzętu używasz? Jaki sprzęt jest Ci niezbędny w procesie edukacji lub w trakcie prowadzenia działalności naukowej? Jakiego rodzaju wsparcia oczekujesz?** | | | | | |
|  | | | | | |
| Formy wsparcia o które wnioskuje: | | | | | |
| 🞏 Asystent  🞏 Tłumacz języka migowego  🞏 Transport na zajęcia dydaktyczne  🞏 Użyczenie sprzętu  🞏 Dodatkowe zajęcia z j. angielskiego – grupowe  🞏 Konsultacje z j. obcego dla osób niesłyszących i niedosłyszących  🞏 Szkolenia, warsztaty, konferencje, usługi doradcze  🞏 Wyjazdy edukacyjne  🞏 Zajęcia sportowe  🞏 Konsultacje psychologiczne  🞏Inne:………………………………………………… | | | | | |
| Informacje dotyczące wsparcia asystenta (jeśli dotyczy): | | | | | |
| **Forma oczekiwanego wsparcia świadczonego przez asystenta, uzasadnij:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Wnioskowana ilość godzin wsparcia asystenta na miesiąc zgodnie z planem studiów obowiązującym w danym roku akademickim:** | | | | | |
|  | | | | | |
| Informacje dotyczące wsparcia tłumacza migowego (jeśli dotyczy): | | | | | |
| **Forma oczekiwanego wsparcia świadczonego przez tłumacza – na jakich zajęciach jest konieczna obecność tłumacza:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Wnioskowana ilość godzin wsparcia tłumacza języka migowego na miesiąc zgodnie z planem studiów obowiązującym w danym roku akademickim:** | | | | | |
|  | | | | | |
| Informacje dotyczące zapewnienia transportu na zajęcia dydaktyczne (jeśli dotyczy): | | | | | |
| **Opis niepełnosprawności z uwzględnieniem informacji, które będą ważne, przy zapewnieniu transportu na zajęcia dydaktyczne.** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Przy poruszaniu się korzystam z ………………………………………………………………………..** | | | | | |
| **Inne uwagi ważne dotyczące korzystania z usługi transportowej:**  **…………………………………………………………………………………………………………………………….** | | | | | |
| Informacje dotyczące zapotrzebowania na sprzęt wspomagający (jeśli dotyczy): | | | | | |
| **Rodzaj wybranego sprzętu wspomagającego:** | | | | | |
| * **Dyktafon** | * **System FM** | | * **Netbook** | | * **Notebook** |
| **Uzasadnienie potrzeby użytkowania wybranego sprzętu wspomagającego:** | | | | | |
|  | | | | | |
| Informacje dotyczące wybranych zajęć dodatkowych (dodatkowe informacje, które pozwolą zindywidualizować wsparcie) (jeśli dotyczy): | | | | | |
| Poziom j. angielskiego | |  | | | |
| Zajęcia sportowe | |  | | | |
| Tematyka szkoleń jakimi się interesuję | |  | | | |
| Inne istotne informacje | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Uwagi pracownika Zespołu |  |

\* Oświadczam, że brak jest przeciwskazań zdrowotnych znanych mi do realizacji formy wsparcia jakim są zajęcia sportowe.

\* Oświadczam, że zawarte w ankiecie informacje są prawdziwe oraz że zapoznałem się z Regulaminami poszczególnych form wsparcia i akceptuję ich warunki.

\* Stwierdzam, że podałam(em) wszystkie informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwego wsparcia w zakresie obsługi przez Zespół ds. Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami UMCS, Biuro Spraw Studenckich i Wsparcia Osób z Niepełnosprawnościami UMCS, Centrum Kształcenia i Obsługi Studiów, Dom Studencki „BABILON” i kontaktu w sprawach związanych z organizacją procesu obsługi, przy wykorzystaniu podanych przeze mnie danych.

\* Oświadczam, że posiadam wiedzę, że podanie danych w kwestionariuszu zgłoszeniowym i jego przesłanie jest dobrowolne, jednak niezbędne dla realizacji celu przetwarzania. Brak podania danych uniemożliwia aplikowanie i udzielenie wsparcia. Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin. Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach, wszelkich okolicznościach i zasadach przetwarzania danych osobowych, w szczególności że przysługuje mi prawo dostępu do danych, możliwość ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo złożenia skargi do organu nadzorczego. Gromadzone dane będą przetwarzane wyłącznie w celach związanych z organizacją wsparcia, na podstawie przepisów prawa, w tym ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym w związku z art. 6 ust. 1 pkt c i d oraz art. 9 ust. 2 pkt b RODO, w okresach realizacji wsparcia, archiwizacji danych, zgodnie z procedurami obowiązującymi w UMCS oraz ustalenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń. Nie będą podlegały dalszemu przetwarzaniu, w tym udostępnianiu podmiotom zewnętrznym za wyjątkiem przypadków ich udostępnienia asystentom oraz innym osobom biorącym udział w udzielaniu wsparcia, osobom lub podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa oraz w oparciu o umowy zawarte przez UMCS Nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, ani poddawane profilowaniu, nie będą również w oparciu o nie podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany. Posiadam wiedzę, że UMCS powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem: [abi@umcs.lublin.pl](mailto:abi@umcs.lublin.pl).

\* Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa powszechnego w szczególności Rozporządzeniem 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 (tzw. Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych/RODO) wyrażam zgodę na udostępnienie przez Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z siedzibą przy Pl. Marii Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin, będący Administratorem Danych Osobowych, danych dotyczących mnie, w tym dotyczących stanu mojego zdrowia, przetwarzanych w związku z udzielanym mi w oparciu o ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym wsparciem, osobom realizującym wsparcie w imieniu Uniwersytetu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** |  | **Podpis** |  | **Podpis osoby przyjmującej kwestionariusz** |

\* zaznaczenie pola jest obowiązkowe w związku z realizacją procesu wsparcia

1. Wypełnij jeśli jesteś studentem lub doktorantem UMCS [↑](#footnote-ref-1)