

Kwestionariusz dotyczący głosu (wypełnia rodzic lub opiekun prawny)

1. Czy Państwa zdaniem dziecko ma problemy z głosem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Czy Państwa dziecko korzysta z poradnictwa specjalisty otolaryngologa dziecięcego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Czy Państwa zdaniem ochrypnięty głos występuje nawet gdy dziecko jest zdrowe?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Czy Państwa zdaniem dziecko mówi głośno lub jest krzykliwe?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Czy Państwa zdaniem dziecko mówi z wysiłkiem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Kwestionariusz dotyczący mowy (wypełnia rodzic lub opiekun prawny)

1. Czy zdaniem Państwa dziecko mówi niepoprawnie (ma wadę wymowy)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jeśli tak, czy Państwa dziecko uczestniczy w terapiach logopedycznych w placówkach specjalistycznych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Czy zdaniem Państwa dziecko ma trudności w budowaniu zdań i wypowiedaniu się na różne tematy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Czy zdaniem Państwa dziecko zacina/jąka się?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Czy zdaniem Państwa dziecko dziecinnie wymawia niektóre słowa?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. Czy zdaniem Państwa dziecko przekręca słowa podczas mówienia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wynik przesiewowego badania głosu (wypełnia logopeda lub audiolog)

G – chryпка	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
R – głos szorstki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
B – głos chuchający	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
A – głos słaby asteniczny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
S – głos napięty	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Wynik przesiewowego badania mowy (wypełnia logopeda)

1. Wymowa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
2. Płynność mówienia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
3. Słownictwo (leksyka i kompetencja semantyczna)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4. Gramatyczność wypowiedzi (składnia i fleksja)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
5. Kompetencja narracyjna	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Szanowni Państwo, Drodzy Rodzice,

Mamy przyjemność poinformować, że realizujemy **Lubelski Program Wczesnego Wykrywania, Leczenia i Terapii Zaburzeń Komunikacyjnych u Dzieci Rozpoczynających Naukę Szkolną** obejmujący wszystkich uczniów klas I-III z obszaru województwa lubelskiego. Zasadniczym celem programu jest wykrycie u dzieci zaburzeń słuchu, który jest niezbędny dla prawidłowego rozwoju głosu i mowy, a tym samym umożliwia komunikowanie się, przyswajanie wiedzy, niezaburzony rozwój intelektualny i społeczny dziecka. W odróżnieniu od dotychczasowych programów badania przesiewowe wykonywane w ramach Programu obejmą nie tylko słuch, ale również głos i mowę.

BADANIA SĄ BEZPŁATNE, ALE WYMAGANA JEST PAŃSTWA ZGODA NA ICH WYKONANIE

Badania odbywają się na terenie szkoły w trakcie zajęć lekcyjnych, zgodnie z wymogami reżimu epidemicznego. Przeprowadzają je specjaliści – logopedzi i audiofonolodzy. Wszystkie wykonywane badania są bezbolesne i nieinwazyjne, będą obejmowały ocenę prognozy słyszenia i ocenę procesu przetwarzania słuchowego oraz ocenę mowy i głosu. Dzieci, u których w testach centralnego przetwarzania słuchowego wyniki będą nieprawidłowe, zostaną objęte bezpłatnym treningiem słuchowym. Terapia będzie miała na celu usprawnianie umiejętności różnicowania częstotliwości, natężenia i czasu trwania dźwięku, umiejętności selekcji słuchowej (w szczególności rozumienia mowy w szumie). Usprawniana będzie również lateralizacja słuchowa oraz integracja słuchowo-wzrokowo-ruchowa. Dziecko będzie realizowało trening słuchowy w domu, w dogodnym czasie, z wykorzystaniem własnego komputera lub za pomocą aplikacji w telefonie komórkowym. Trening słuchowy realizowany jest w trzech etapach i trwa łącznie około 21 godzin.

Szczegóły dotyczące programu, terapii oraz filmy prezentujące badania są dostępne na stronie internetowej www.przesiewlubelskie.pl. Rodzice i opiekunowie dziecka, otrzymają wynik przesiewowego badania słuchu, głosu i mowy. Wynik zostanie przesłany na adres e-mail. Proszę pamiętać, że nieprawidłowy wynik badania powinien być jak najszybciej zweryfikowany zgodnie z otrzymanymi zaleceniami. Badanie przesiewowe przeprowadzane w sposób kompleksowy, obejmujące słuch, głos i mowę stanowi najpewniejszy sposób wykrywania problemów komunikacyjnych.

Wszelkie pytania, uwagi i opinie dotyczące organizacji i realizacji Programu prosimy kierować na adres: e-mail: kontakt@przesiewlubelskie.pl, infolinia: 533 936 956.

Z wyrazami szacunku

Kierownik Programu

Prof. dr hab. med. Grażyna Mielnik-Niedzielska

Grażyna Mielnik-Niedzielska

Wyrażam zgodę na udział dziecka w programie
Uwaga! Wypełnienie wszystkich pól jest obowiązkowe.

Dane dziecka (uczestnika projektu)		
PESEL		
Imię		
Nazwisko		
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIETA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
Adres zamieszkania		
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
Kod pocztowy	Miejscowość	Gmina
Powiat	Województwo	
Nazwa i adres szkoły		
Dane dotyczące niepełnosprawności dziecka		
Osoba z niepełnosprawnościami ¹ , posiadająca aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.		
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Posiadanie orzeczenia w zakresie zaburzeń słuchu, głosu lub mowy		
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
W przypadku osób niepełnosprawnych, jakie udogodnienia są potrzebne?		
Dane kontaktowe rodzica/opiekuna prawnego		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna		
Nr telefonu		
E-mail (drukowanymi literami)		

Wyniki badań przesiewowych zostaną przesłane na adres e-mail podany przez Państwa w formularzu do 30 dni po przeprowadzonych badaniach. Wyniki mogą Państwo pobrać również ze strony: <https://wyniki.przesiewlubelskie.pl/> wpisując dane zgodne z podanymi w niniejszym formularzu zgłoszeniowym zgody na badanie dziecka.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczenie o statusie rodziny uczestnika projektu (dziecka) Uwaga! Wypełnienie wszystkich pól jest obowiązkowe.			
1.	Czy jeden z rodziców dziecka/opiekunów prawnych jest osobą niepełnosprawną? <i>Jeśli tak należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny.</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
2.	Czy uczestnik projektu żyje w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy uczestnik projektu żyje w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w którym są inne dzieci pozostające utrzymaniu? ¹	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy uczestnik projektu żyje w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu? ¹	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy uczestnik projektu jest migrantem, osobą obcego pochodzenia lub należy do mniejszości narodowej lub etnicznej? ^{* 1}	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
6.	Czy rodzina uczestnika projektu jest wykluczona z dostępu do mieszkania? ¹	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7.	Czy uczestnik projektu należy do innej (niż wyżej wymienione) grupy osób w niekorzystnej sytuacji społecznej? [*]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

* dane wrażliwe,

¹ Szczegółowy opis znajduje się w regulaminie Projektu dostępnym na stronie www.przesiewlubelskie.pl

Oświadczam, że uczestnik projektu (dziecko):

jest uczniem klasy I szkoły podstawowej na obszarze woj. lubelskiego (lub uczniem klasy II /klasy III, jeśli w roku szkolnym 2019/2020 i 2020/2021, jako uczeń klasy I, nie został objęty badaniami)

Oświadczam również, że:

- Zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Lubelski Program Wczesnego Wykrywania, Leczenia i Terapii Zaburzeń Komunikacyjnych u Dzieci Rozpoczynających Naukę Szkolną” dostępnym na stronie www.przesiewlubelskie.pl oraz akceptuję jego postanowienia, i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z 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 (RODO).
- Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie.
- Zostałem poinformowany, że warunkiem ukończenia uczestnictwa w projekcie jest udział w badaniach przesiewowych słuchu, głosu i mowy, a w przypadku zakwalifikowania na terapię – udział w treningu słuchowym oraz kontrolnych badaniach diagnostycznych po zakończonym treningu.
- Zobowiązuję się do wypełniania dokumentów związanych z projektem.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020.
- Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym udziału w projekcie oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacją dotyczącą zakresu działań profilaktycznych badań przesiewowych słuchu, głosu i mowy/ lub uczestniczyłem/łam w spotkaniu z koordynatorem szkolnym
- Przyjmuję do wiadomości, że jest wobec mnie realizowany obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:
 - Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,
 - Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.
- W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Lubelski Program Wczesnego Wykrywania, Leczenia i Terapii Zaburzeń Komunikacyjnych u Dzieci Rozpoczynających Naukę Szkolną” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio: Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1, Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2018 r., poz. 1431),
 - Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

- udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu - dotyczy zbioru nr 1.
- realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu - dotyczy zbioru nr 2.

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania: Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottera 4, 20-029 Lublin, Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt „Lubelski Program Wczesnego Wykrywania, Leczenia i Terapii Zaburzeń Komunikacyjnych u Dzieci Rozpoczynających Naukę Szkolną” nr RPLU.11.02.00-06-0185/18 (nazwa i adres beneficjenta oraz ewentualnych partnerów), podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Instytut sp. z o.o. ul. Narutowicza 77/3, 20-019 Lublin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Pl. M. Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin (nazwa i adres ww. podmiotów).

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.). Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grottera 4, 20-029 Lublin.

Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Mam prawo dostępu do treści swoich danych.

Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.

Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.

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

Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.



Uwaga! Wypełnienie wszystkich pól jest obowiązkowe.

Wypełnia rodzic lub opiekun prawny



Pytanie ogólne (wypełnia rodzic lub opiekun prawny)			
1.	Jaki jest zdaniem Państwa stan zdrowia dziecka?	<input type="checkbox"/> bardzo dobry <input type="checkbox"/> przeciętny	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły
2.	Czy Państwa dziecko choruje przewlekłe (astma, alergie, epilepsja, cukrzyca itp.)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy Państwa dziecko jest objęte stałą specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń słuchu, głosu i mowy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy Państwa dziecko przyjmuje jakiegokolwiek leki?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kwestionariusz dotyczący słuchu (wypełnia rodzic lub opiekun prawny)			
1.	Czy Państwa dziecko posiada wadę słuchu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Jeśli tak, proszę podać stopień uszkodzenia słuchu.	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> głęboki
3.	Jeśli tak, czy Państwa dziecko korzysta z protez słuchowych (aparatury, implanty)?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Jeśli tak, czy uczestniczy w jakiegokolwiek formie rehabilitacji?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy dziecko prosi o powtórzenie pytań lub informacji?	<input type="checkbox"/> bardzo często <input type="checkbox"/> rzadko	<input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> nigdy
6.	Czy dziecko słucha głośnej muzyki przez słuchawki?	<input type="checkbox"/> bardzo często <input type="checkbox"/> rzadko	<input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> nigdy
7.	Czy dziecko skarży się na nadmierny hałas podczas przerw w szkole?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
8.	Czy dziecko było leczone z powodu zapaleń uszu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9.	Czy dziecko skarży się na obecność szumów, pisków, brzęczenia, gwizdów lub innych dźwięków, gdy jest cicho?	<input type="checkbox"/> bardzo często <input type="checkbox"/> rzadko	<input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> nigdy
Kwestionariusz dotyczący CAPD (wypełnia rodzic lub opiekun prawny)			
1.	Czy Państwa dziecko ma trudności ze zrozumieniem poleceń w hałasie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy Państwa dziecko ma trudności z wykonywaniem słownych poleceń?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy Państwa dziecko nie potrafi skoncentrować się na zadaniu, łatwo się rozprasza?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy Państwa dziecko jest niespokojne, przeszkadza innym na lekcji?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy Państwa dziecko ma trudności w uczeniu, osiąga słabe wyniki w nauce?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Którą ręką pisze dziecko?	<input type="checkbox"/> Prawą	<input type="checkbox"/> Lewą
7.	Czy Państwa dziecko uczestniczy lub uczestniczyło w treningach słuchowych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE