

ЗАЯВА

**Назва програми:**

***Для офісного використання***

## Віднесено:

**Дата Отримання Звіт про стан здоров'я отримано Узгоджена дата початку**

# ЗАЯВА ПРО ЗАХИСТ ДАНИХ – Студенти/учні СТАРШЕ 18 років

Ім'я:

Згідно із Законами про захист даних від 1998 до 2018 років, The National Learning Network зберігатиме надану їй особисту інформацію лише для законних і визначених цілей.

National Learning Network використовуватиме ваші персональні дані для цілей обробки вашої заявки, виконання своїх зобов’язань перед вами та перед органом фінансування щодо надання навчання та супутніх послуг, а також для загального адміністрування. Дані не будуть використані або розголошені з будь-якої причини, несумісної з цими цілями.

Персональні дані, що стосуються вас, оброблятимуться відповідно до Законів і зберігатимуться безпечно, конфіденційно та належним чином. Дані зберігатимуться лише тоді, коли вони актуальні, і не будуть розголошені третім особам, окрім як з вашої згоди або відповідно до вимог законодавства.

Менеджер/координатор центру повинен переконатися, що кожен студент/учень отримав копію цього документа. Коли підписаний документ повертається, його необхідно надійно зберігати в замкненій шафі та негайно пред’являти, якщо потрібно.

## Особисті дані

National Learning Network є контролером даних відповідно до Законів про захист даних від 1998 до 2018 рр. Особисті дані, які ви надаєте нам, є частиною процесу реєстрації та підтверджуються Угодою про обробку персональних даних.

Ми покладаємося на те, що ви надасте нам точну інформацію та повідомите нас про будь-які зміни в наданій інформації. Якщо ви бажаєте оновити або отримати доступ до своїх особистих даних, вам слід написати до Управління захисту даних і подати запит на форму запиту на доступ до даних суб’єкта.

Підпис заявника: Дата:

# ЗАЯВА ПРО ЗАХИСТ ДАНИХ – Студенти/учні ДО 18 років

Ім'я:

Згідно із Законами про захист даних від 1998 до 2018 років, The National Learning Network зберігатиме надану їй особисту інформацію лише для законних і визначених цілей.

National Learning Network використовуватиме ваші персональні дані для цілей обробки вашої заявки, виконання своїх зобов’язань перед вами та перед органом фінансування щодо надання навчання та супутніх послуг, а також для загального адміністрування. Дані не будуть використані або розголошені з будь-якої причини, несумісної з цими цілями.

Персональні дані, що стосуються вас, оброблятимуться відповідно до Законів і зберігатимуться безпечно, конфіденційно та належним чином. Дані зберігатимуться лише тоді, коли вони актуальні, і не будуть розголошені третім особам, окрім як з вашої згоди або відповідно до вимог законодавства.

Менеджер/координатор центру повинен переконатися, що кожен студент/учень отримав копію цього документа. Коли підписаний документ повертається, його необхідно надійно зберігати в замкненій шафі та негайно пред’являти, якщо потрібно.

## Особисті дані

National Learning Network є контролером даних відповідно до Законів про захист даних від 1998 до 2018 рр. Персональні дані, які ви надаєте нам, є частиною процесу реєстрації та підтверджуються Угодою про обробку персональних даних.

Ми покладаємося на те, що батьки/опікуни нададуть нам точну інформацію та повідомлять нас про будь-які зміни в наданій інформації. Якщо ви бажаєте оновити або отримати доступ до своїх особистих даних, вам слід написати до Управління захисту даних і подати запит на форму запиту на доступ до даних суб’єкта.

Я розумію свої права відповідно до законодавства про захист даних, як зазначено в цій формі ❑

| Підпис:  Батьки/Опікуни  Дата: | Підпис:  Батьки/Опікуни  Дата: |
| --- | --- |

# Особиста інформація

Ім'я: Адреса:

PPSN:

Дата народження:





Телефон/мобільний: електронна адреса:

Контакт(и) для надзвичайних ситуацій

Ім'я: Ім'я:

Телефон Телефон

стосунки стосунки

# програма

На яку програму ви подаєте заявку:

Чого ви сподіваєтеся досягти завдяки цій програмі?



# Нинішня ситуація

Розкажіть, будь ласка, про себе, поточну діяльність, інтереси, хобі тощо.



# Здоров'я

Будь ласка, надайте коротку інформацію про будь-яку інвалідність, труднощі з навчанням, потребу в підтримці або проблеми зі здоров’ям, які у вас можуть бути:



Будь ласка, опишіть, як це впливає на вас:



Перелічіть будь-яку підтримку, яка, на вашу думку, може знадобитися (доступ для інвалідних візків, перекладач, адаптаційне обладнання, допомога в евакуації тощо)



Перелічіть будь-яких інших спеціалістів, з якими ви працюєте:

(Консультант, ерготерапевт, соціальний працівник, громадська медсестра, ключовий працівник тощо)

Ім'я: Посада: Адреса:

Ім'я: Посада: Адреса:

 



Номер телефону: Номер телефону:

# Соціальна допомога

Чи отримуєте ви якусь із наведених нижче переваг?

**Вигода** Щотижнева сума

Допомога по інвалідності (DA) ❑ Допомога сліпим (BPA) ❑ Пенсія по інвалідності (IP) ❑

Допомога шукачам роботи (JA) ❑

Допомога шукачам роботи (JB) ❑

Сімейна допомога одному з батьків ❑

Інше: надайте деталі ❑

Жодного ❑

Будь ласка, вкажіть будь-які вторинні чи додаткові пільги, які ви отримуєте (проїзний квиток, допомога на паливо, допомога на самотнє проживання тощо)

**Вигода** Щотижнева сума

Travel Pass ❑

Виплата житлової допомоги ❑

Надбавка на паливо ❑

Допомога на самотнє проживання ❑

Інший ❑

# Освіта Навчання та працевлаштування

Освіта

| Дати від – до | Назва та адреса школи/коледжу | Складені іспити (Сертифікат випуску, Сертифікат юніорів, Сертифікати QQI тощо) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Навчання

| дати  Від до | Ім'я та адреса  Організація навчання | Отримані нагороди (ETB,  QQI, ECDL тощо) | Рівень нагороди |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Працевлаштування

| Дати від – до | Назва посади | роботодавець | Адреса роботодавця |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Чи були ви коли-небудь засуджені за кримінальне правопорушення або предметом судового переслідування, яке триває?

Так ❑ Немає ❑

Якщо так, надайте коротку інформацію:



Ви подавали заявку на aпрограму з Національною мережею навчанняраніше? Так ❑ Немає ❑

Якщо так, надайте деталі:

Місцезнаходження: Дата: результат:

Підпис заявника: Дата:

| Тільки для учнів віком до 18 років: | Контактна особа батьків/опікунів |
| --- | --- |
| Підпис: Батьки/Опікуни  Дата: | Ім'я: телефон:  Електронна пошта: |