|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu: |  |
| *WYPEŁNIA ORGANIZATOR* |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla uczestnika
do udziału w projekcie „*Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej – II edycja”.***

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj wsparcia: | Usługa opiekuńcza w Dziennym Domu Pobytu przy Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o. świadczona w okresie II turnusu, czyli od 01.09.2018 do 30.04.2019 r. |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Pesel |  | Płeć  | [ ] Kobieta [ ] Mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon stacjonarny |  | Telefon komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI WYSTĘPUJE)** |
| Imię i nazwisko  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** |
| Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe): | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| [ ] osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*Wymienić przesłankę (jeśli dotyczy):……………………………………………………………………………………….[ ]  osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; Wymienić przesłankę (jeśli dotyczy):……………………………………………………………………………………….[ ]  osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; [ ]  osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.); [ ]  osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.); [ ]  osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*; [ ] rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; [ ] osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.); [ ]  osoby niesamodzielne; [ ]  osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; [ ]  osoby odbywające kary pozbawienia wolności; [ ]  osoby korzystające z PO PŻ.  |
| Mieszkaniec powiatu inowrocławskiego | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Mieszkaniec powiatu mogileńskiego | [ ]  TAK [ ]  NIE |
|  |
| **OŚWIADCZENIA KANDYDATA** |
| Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną ze względu na:(proszę zaznaczyć wszystkie właściwe) | [ ]  wiek |
| [ ]  stan zdrowia |
| [ ]  niepełnosprawność |
| Dodatkowo oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe) | [ ]  kąpanie się |
| [ ]  ubieranie się i rozbieranie |
| [ ]  korzystanie z toalety |
| [ ]  wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel |
| [ ]  samodzielne jedzenie |
| [ ]  kontrolowanie wydalania moczu i stolca |
|  |
| **INFROMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE** |
| Kandydat/kandydatka projektu jest osobą niesamodzielną (proszę zaznaczyć właściwe): | *Kategoria* | Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe | *Wymagany dokument / dane potwierdzające* |
| której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę w rodzinie), o którym mowa w *ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* | [ ]  | Oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu |
| której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą), o którym mowa w *ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* | [ ]  | Oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu |
| doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego | [ ]  | Oświadczenie lub zaświadczenie Kandydata |
| niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym  | [ ]  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| niepełnosprawną w stopniu znacznym | [ ]  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| z niepełnosprawnością sprzężoną | [ ]  | Orzeczenie o niepełnosprawności |
| z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | [ ]  | Orzeczenie o niepełnosprawności / Zaświadczenie lekarskie lub opinia lekarska |
| ze względu na stan zdrowia | [ ]  | Zaświadczenie lekarskie lub opinia lekarska |
| korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | [ ]  | Oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu |
| z obszarów zdegradowanych zgodnie z właściwymi programami rewitalizacji | [ ]  | Oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu |
|  ………………………………….. ...............………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego  |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| **Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu *„ Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej – II edycja”* i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.** ………………………………….. ...............………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Oświadczam, iż dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.** **za rok 2017 wynosi:****…………………………………………………..……………….…………………………………………**(należy podać kwotę na 1 członka rodziny) ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa 2014-2020 w następującym zakresie (jeśli dotyczy):**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.** ………………………………….. …………………………………………............... Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o.** **w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.** ………………………………….. …………………………………………............... Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji RPO WK-P 2014-2020 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO. ***KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:****Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:*1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego z siedzibą przy ul. Plac Teatralny 2 87-100 Toruń, adres email:* *punkt.informacyjny@kujawsko-pomorskie.pl**, strona internetowa:* [*http://bip.kujawsko-pomorskie.pl/*](http://bip.kujawsko-pomorskie.pl/) *oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 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.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).*
2. *Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email:* iod@kujawsko-pomorskie.pl
3. *Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu* **"Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej – II edycja", nr projektu nr RPKP.09.03.02-04-0007/17***, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach RPO WK-P 2014-2020.*

*Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikający z:* * *art. 125 oraz art. 126 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 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;*
* *art. 9 ust. 1 pkt 2) oraz art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.*
1. *Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Pani/Pana osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta.*
2. *Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt –* ***Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o. ul. Staropoznańska 131-133, 88-100 Inowrocław.***
3. *Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.*
4. *Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*
5. *Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.*
6. *Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO, ani przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ………………………………….…………………………………………… |
|  MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[2]](#footnote-2)\* |

 |

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

**Słownik pojęć**

|  |
| --- |
| **Wykaz pojęć** |
| **PO PŻ** | Program Operacyjny Pomoc Żywieniowa 2014-2020 |
| **osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)** | osoby, otrzymujące pomoc żywnościową w formie paczek lub posiłku, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i dlatego też trafiać będzie do ograniczonej liczby osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji (określonej przesłankami z art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz poziomem dochodów odniesionych do procentowej wartości odpowiedniego kryterium dochodowego określonego w tej ustawie. Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in:1) ubóstwa;2) bezdomności;3) niepełnosprawności;4) długotrwałej lub ciężkiej choroby; |
| **znaczny stopień niepełnosprawności** | Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. |
| **umiarkowany stopień niepełnosprawności** | Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. |
| **niepełnosprawność sprzężona** | O niepełnosprawności sprzężonej mowa jest wówczas, gdy jest ona złożona, podwójna lub wieloraka, bądź też towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Upośledzenie sprzężone występuje u osoby u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, powodowane jednym lub kilkoma czynnikami endo lub egzogennymi w różnych okresach życia, co dotyczy także okresu prenatalnego. |
| **osoba z zaburzeniami psychicznymi** | Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego termin osoba z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),b) upośledzonej umysłowo,c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym |
| **dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustaw. - dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochod. (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie) zgodnie z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.** | 1. Dochód nie przekracza 951 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej),
2. Dochód nie przekracza 771 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie)

– przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2–15 oraz innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej.  |
| **doświadczanie wielokrotnego wykluczenia** | To osoby doświadczające wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| **osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 są to:a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznejb) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382); e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.); f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; h) osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.); i) osoby niesamodzielne; j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; k) osoby odbywające kary pozbawienia wolności; l) osoby korzystające z PO PŻ. |
| **osoba niesamodzielna** | Osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca.Definicja z projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym: Oznacza to osobę, w stosunku do której wydano orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem na stopień niesamodzielności, w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz.721 z późn. zm. |

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)