|  |  |
| --- | --- |
| 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*](mailto: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](mailto: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 społecznej  b) 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 je  den 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)