



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

Formularz Zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu powinien być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim i czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich wymagany jest podpis rodzica/opiekuna prawnego. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem ‘x’ odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. *tak*, *nie*). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone *tak* lub *nie*).

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza Zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”.

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Część I – dane kandydata/kandydatki do udziału w projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL (wiek, co najmniej 60 lat zgodnie z ustawą o osobach starszych z 11.09.2015 r.)	
Adres zamieszkania	Województwo, powiat (zwoleński)	
	miasto	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Nr domu	
	Nr mieszkania	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	



Dane osobowe opiekuna	Imię i nazwisko		
	Telefon kontaktowy		
Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)	Brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>		
	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>		
	Gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>		
	Ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe).</i>		
	Pomaturalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.</i>		
	Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>		
Jestem osobą pracującą	TAK	NIE	
Nazwa pracodawcy			
W tym: - osobą pracującą w administracji rządowej - osoba pracującą w małym lub średnim przedsiębiorstwie - osobą pracującą w organizacji pozarządowej - osobą prowadzącą działalność na własny rachunek - osobą pracującą w dużej firmie			
Wykonywany zawód			
Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy			
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy.			
Jestem osobą długotrwale bezrobotną.			
Jestem osobą bierną zawodową			
W tym: - uczącą się - nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu			
Część II - Oświadczenia uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika			
	TAK	NIE	



Oświadczam, że: (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (zg. z ust. z dn.12.03.2004r. o pomocy społecznej) (zaświadczenie z OPS wraz z oświadczeniem uczestnika)	X	
	Jestem osobą niesamodzielną (zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna)	X	
	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (POPŻ) a działania realizowane w ramach projektu „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” nie powielają się z tymi, które otrzymałem/łam lub otrzymuje z POPŻ + 10 pkt. (oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu) Jeżeli „nie dotyczy” proszę wpisać odrębnie „nie dotyczy”		
	Doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego lub (zaświadczenie z OPS wraz z oświadczeniem uczestnika)		
	Moja dochód nie przekracza 150% - kryterium dochodowe +15 pkt		
	Doświadczam zaburzenia psychiczne (zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna)		
	Należę do mniejszości narodowej/etnicznej		
	Doświadczam status imigranta		
Posiadam status osoby niepełnosprawnej (orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia) + 10 pkt			
Część II - Oświadczenia opiekuna faktycznego			
		TAK	NIE
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)	Zamieszkuję i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa mazowieckiego, powiat zwoleński	X	
	Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej z terenu powiatu zwoleńskiego		
	Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej której dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego +15pkt.		
	Jestem opiekunem faktycznym osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi,		



	z niepełnosprawnością intelektualną lub osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi – + 10 pkt (orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)		
	Jestem opiekunem osoby korzystającej z POPŻ -+ 10pkt. (oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu)		

JA NIŻEJ PODPISANY/A

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia** są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lider – MEDICA Sp. z o.o. oraz Partner – Zwoleński Uniwersytet Trzeciego Wieku w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135),
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Zwoleń, dnia.....

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę o ograniczonych prawach powinno ono być podpisane również przez opiekuna prawnego



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

OŚWIADCZENIE

o spełnieniu kryteriów grupy docelowej dla uczestnika

Ja, niżej podpisany/-a, PESEL:

świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” tj.

1. Jestem osobą niesamodzielną;
2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym;
3. Jestem osobą w wieku powyżej 60 roku życia;
4. Zamieszkuję i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa mazowieckiego, powiat zwoleński.
5. Zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa w „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

Zwoleń, dnia.....

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
W przypadku składania oświadczenia przez osobę o ograniczonych prawach powinno ono być podpisane również przez opiekuna prawnego



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

OŚWIADCZENIE

o spełnieniu kryteriów grupy docelowej dla opiekuna faktycznego

Ja, niżej podpisany/-a, PESEL:
świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” tj.

1. Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej z terenu powiatu zwoleńskiego
2. Zamieszkuję i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa mazowieckiego, powiat zwoleński.
3. Jestem w wieku powyżej 18 roku życia.
4. Posiadam wykształcenie minimum podstawowe,
5. Zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”.

Zwoleń, dnia.....

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

Ja niżej podpisany/-a:

.....
Imię i Nazwisko

deklaruję przystąpienie do udziału w Projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w Projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów w trakcie udziału w Projekcie dostarczanych przez Lider – MEDICA Sp. z o. o. oraz Partner – Zwoleński Uniwersytet Trzeciego Wieku.
3. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów rekrutacyjnych po zakwalifikowaniu się do udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, że spełniam kryteria grupy docelowej określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
5. Oświadczam, że przystępuję do Projektu z własnej woli i inicjatywy.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w Projekcie. Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do jednostek realizujących Projekt związanych z procesem naboru.
8. Oświadczam, że podane przeze mnie dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałam/em poinformowany, iż mogę zostać pociągnięta/y do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, promocji, realizacji, monitoringu i ewaluacji Projektu.

Zwoleń, dnia.....

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę o ograniczonych prawach powinno ono być podpisane również przez opiekuna prawnego



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”

Oświadczenie uczestnika Projektu

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) 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.);

- 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych poprzez dzienny punkt opieki środowiskowej”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - MEDICA Sp. z o.o., ul. Kilińskiego 11; 26-700 Zwoleń, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Zwoleński Uniwersytet Trzeciego Wieku, Aleja Jana Pawła II 6, 26-700 Zwoleń. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;



5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.
8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu^{1*}

^{1*} W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.