|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu\*: |  |
| Numer formularza zgłoszeniowego |  |

**\*Wypełnia Biuro projektu**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE WRAZ Z DEKLARACJĄ UCZESTNICTWA  
„Rozwój niestacjonarnych usług nad osobami zależnymi na terenie Gminy Gruta”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | PESEL |  | |
| Nazwisko |  | | 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 DOTYCZY)** | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | | |
| Nr telefonu |  | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | |
| **OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia  w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności | | | TAK  NIE | | |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności | | |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia  w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia | | | TAK  NIE | | |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy co do zasady dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie. W przypadku braku takiego zaświadczenia wymagane jest załączenie stosownego oświadczenia uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń | | |
| Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego): | | | 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*  osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;  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*;  członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobami z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;  osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;  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. | | | | | | |
|  | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** | | | | | |
| Oświadczam, że: | | **Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe** | | **Dokument wymagany na potwierdzenie** | |
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) | | TAK  NIE | | oświadczenie Kandydata zawarte  w formularzu - Beneficjent ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu  o dokumentację (np. PIT, zaśw. o dochodach  z tytułu renty, emerytury, wywiad) | |
| doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego[[2]](#footnote-2) | | TAK  NIE | | oświadczenia lub zaświadczenia,  w przypadku osób z niepełnosprawnościami  - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | |
| jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | | TAK  NIE | | orzeczenie o stopniu niepełnosprawność | |
| jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością  sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi,  w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą  z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób  i Problemów Zdrowotnych) | | TAK  NIE | | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza | |
| korzystam z PO PŻ (indywidualnie lub jako rodzina),  o ile zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w PO PŻ | | TAK  NIE | | oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu | |
| zamieszkuję na obszarach objętych programem rewitalizacji uwzględnionych w wykazie programów rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO zgodnie z Wytycznymi w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 | | TAK  NIE | | oświadczenie Kandydata zawarte  w formularzu | |
| Oświadczam, że jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów  i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | | TAK  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu  o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | | TAK  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu  o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń). | | | | | TAK  NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH  W MIEJSCU ZAMIESZKANIA** | |
| Proszę wskazać oczekiwany wymiar w zakresie liczby dni  w tygodniu, w których miałoby być świadczone wsparcie | 1 dzień w tygodniu  2 dni w tygodniu  3 dni w tygodniu  4 dni w tygodniu  5 dni w tygodniu  6 dni w tygodniu  7 dni w tygodniu |
| Proszę wskazać oczekiwany średni wymiar godzinowy wsparcia w ciągu tygodnia | do 3,5 godziny  od 3,5 godziny do 7 godzin  od 7 godzin do 10,5 godziny  od 10,5 godziny do 14 godzin  powyżej 14 godzin |
| Proszę wskazać w jakim zakresie potrzebna będzie pomoc | zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych m.in. przygotowanie, bądź dostarczanie posiłków i pomoc w ich spożyciu,  zaspokajanie potrzeb higieniczno-sanitarnych m.in. utrzymywanie w czystości podopiecznego,  pielęgnacja zalecona przez lekarza  zaspokajanie potrzeb utrzymania kontaktu z otoczeniem |
| Proszę wskazać inne istotne informacje z punktu widzenia potrzeb, oczekiwań i sytuacji osoby, która ma zostać objęta opieką (np. istotne informacje na temat stanu zdrowia) |  |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA UCZESTNICWA W PROJEKCIE** |
| Ja, …………………………………………………………………… (imię i nazwisko) oświadczam, iż:  - deklaruję udział swój do projektu pn. „Rozwój niestacjonarnych usług nad osobami zależnymi na terenie Gminy Gruta” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko- Pomorskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowej 9. „Solidarne społeczeństwo”, Działania 9.3. „Rozwój usług zdrowotnych i społecznych”, Poddziałania 9.3.2. „Rozwój usług społecznych”,  - zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,  - oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,  - spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,  - zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w ramach projektu pn. „Rozwój niestacjonarnych usług nad osobami zależnymi na terenie Gminy Gruta”.  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |

**OŚWIADCZENIE ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Gminę Gruta**/ **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grucie**  w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do projektu oraz 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 Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mające siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) 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. Z inspektorami ochrony danych można skontaktować się pod adresami poczty elektronicznej:

* [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
* [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl) - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Rozwój niestacjonarnych usług nad osobami zależnymi na terenie Gminy Gruta”, nr RPKP.09.03.02-IZ.00-04-366/20** w szczególności w celu przeprowadzenia rekrutacji, 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  **Gminę Gruta/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grucie** oraz Partnerom projektu: **Stowarzyszeniu „PRO PUBLICO BONO” w Grucie, Gruta 244, 86-330 Mełno.**
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 Podpis kandydata/opiekuna prawnego

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| **Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam[[3]](#footnote-3), że ze względu na mój stan zdrowia/ niepełnosprawność[[4]](#footnote-4) wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania  co najmniej jednej czynności dnia codziennego.\***  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Oświadczam, iż miesięczny dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.**  **w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia dokumentów wynosi:**  …………………………………………………………………………………………………………………….  (należy podać kwotę na 1 członka rodziny)  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa 2014-2020 w następującym zakresie\***  …………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………….. …………………………………………...............  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. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się Gminę Gruta/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grucie w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.**  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |

**\* Wypełnić jeśli dotyczy**

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – 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. Odpowiedz TAK zaznaczyć należy tylko w przypadku wskazania więcej niż jednej z przesłanek wykluczania społecznego w tabeli na stronie 2 i 3 [↑](#footnote-ref-2)
3. W związku z brakiem możliwości przedłożenia zaświadczenia bądź innego rodzaju dokumentu o charakterze formalnym. [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)