|  |  |
| --- | --- |
| 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 – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
* 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)