

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU – OPIEKUN FAKTYCZNY

Nazwa projektodawcy:
Gmina Miasto Złotów/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Złotowie
Tytuł projektu:
KOMPLEKSOWY PROGRAM WSPARCIA OSÓB NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZŁOTOWIE

Dane uczestnika																							
Imię																							
Nazwisko																							
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL</td> </tr> </table>												zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL										
zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL																							
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 0 Brak	<input type="checkbox"/>																					

Dane kontaktowe uczestnika	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy <small>Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.</small>	Tak		Nie	
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy <small>Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.</small>	Tak		Nie	
W tym długotrwale bezrobotny <small>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorosli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.</small>	Tak		Nie	
Bierny zawodowo <small>Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).</small>	Tak		Nie	
W tym osoba ucząca się	Tak		Nie	
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Tak		Nie	
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy) <small>Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.</small>	Tak		Nie	
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
Zatrudniony w: <small>Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony</small>				
Wykonywany zawód:				
Nauczyciel kształcenia zawodowego				
Nauczyciel kształcenia ogólnego				
Nauczyciel wychowania przedszkolnego				
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego				
Pracownik instytucji rynku pracy				



Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	
Rolnik	
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	
Instruktor praktycznej nauki zawodu	
Inny	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)	
Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	
Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	
Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia		TAK	NIE
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Jestem osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się w woj. wielkopolskim na terenie Gminy Miasta Złotów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego ¹ - uczestnika projektu „Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Złotowie”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego
Imię i nazwisko podopiecznego
 będącego uczestnikiem projektu.

Uzasadnienie potrzeby wsparcia	0-10 punktów
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

¹ Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „KOMPLEKSOWY PROGRAM WSPARCIA OSÓB NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZŁOTOWIE”, realizowanym przez Gminę Miasto Złotów w ramach Działania 7.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe, Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020.

RODZAJ WSPARCIA (wybór wielokrotny)		
Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan korzystać (proszę zaznaczyć właściwe)	Miejsca krótkookresowego pobytu dziennego lub całodobowego dla osób niesamodzielnych: M - mieszkanie wspomagane, K - Klub Seniora	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
	Szkolenie dla opiekunów faktycznych w obszarze: – Metody pielęgnacyjne - opieka nad osobą niesamodzielną – Sposoby aktywizowania podopiecznych – Metody pracy z podopiecznym cierpiącym na deficyty pamięci	<input type="checkbox"/>
	Wymiana doświadczeń – spotkanie grupowe	<input type="checkbox"/>
	Wsparcie psychologiczne dla opiekunów faktycznych	<input type="checkbox"/>
	Dyżury pracowników socjalnych z Ośrodków Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/>
	Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego dla opiekunów faktycznych	<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis



OŚWIADCZENIA:

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „KOMPLEKSOWY PROGRAM WSPARCIA OSÓB NIESAMODZIELNYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZŁOTOWIE” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu www.mopszlotow.pl.
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

.....
data i czytelny podpis



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w Złotowie” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail:inspektor.ochrony@umww.pl,
 - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.
3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa 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 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
 - a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);
 - 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. 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);
 - 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.);



- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu RPWP.07.02.02-30-0094/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
 6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Wielkopolskiego, 61-714 Poznań, al. Niepodległości 34, Beneficjentowi realizującemu Projekt - Gmina Miasto Złotów/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Złotowie, ul. Królowej Jadwigi 54, 77-400 Złotów oraz podmiotem, który na zlecenie Beneficjenta uczestniczy w realizacji Projektu - Fundacja Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, ul. Plewiska 182e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.
 7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
 8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
 10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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