



DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA DO PROJEKTU (Mężczyzna 65+)

Projektodawca: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo-Doradcza
A.Gawrońska Sp.j.

Partner: OAK Usługi Opiekuńcze Sp. z o.o.

Tytuł Projektu: Kompleksowy Program Usług Opiekuńczych świadczonych
w społeczności lokalnej 5 gmin Wielkopolski dla niesamodzielnych
seniorów i opiekunów faktycznych

Nr Projektu: RPWP.07.02.02-30-0020/16

Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach
Europejskiego Funduszu Społecznego, Wielkopolski Regionalny Program
Operacyjny na lata 2014-2020

Czas trwania projektu: 01.08.2016 – 31.07.2018

NR WPISU DO REJESTRU ZGŁOSZEŃ (nadaje Projektodawca):

Niniejsza Deklaracja składa się z dwóch części. Część I zawiera warunki, które
muszą zostać spełnione, część II zawiera dane personalne.

Proszę zaznaczyć poprawną odpowiedź krzyżykiem ☒

Część I

1. Jaki jest Pana wiek (na dzień wypełniania deklaracji zgłoszeniowej)?

- 65-70 lat
 71-75 lat
 76-80 lat
 80 lat i więcej

2. Czy jest Pan mieszkańcem gminy:*

- Damasławek
 Rogoźno
 Szamocin
 Wapno

Wągrowiec

Inna, jaka?

*zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. Oznacza to, że mieszkańcem gminy jest osoba fizyczna przebywająca na terytorium gminy z zamiarem stałego pobytu. Stałego zamieszkania danej osoby w określonym miejscu nie ocenia się przy tym wyłącznie według jej zameldowania na pobyt stały, lecz na podstawie faktów świadczących o jej stałym przebywaniu w tej miejscowości (wyrok z 22 sierpnia 1996 r., SA/Gd 1956/95). Jednocześnie „brak zameldowania nie pozbawia osoby stale zamieszkującej w gminie statusu członka wspólnoty gminnej” (wyrok NSA z 29 czerwca 1995 r., SA/Po 518/95). Wynika z tego, że zameldowanie na pobyt stały powinno być traktowane jedynie jako jeden z dowodów wskazujących na przebywanie danej osoby na terenie gminy z zamiarem stałego pobytu.

3. Jaki ma Pan meldunek?

stały tymczasowy nie posiadam

4. Czy posiada Pan orzeczenie o niepełnosprawności?

tak nie

5. Czy cierpi Pan na przewlekłą lub ciężką chorobę?

tak nie

6. Czy jest Pan osobą:

samotnie gospodarującą pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym

7. Jeśli jest Pan osobą samotnie gospodarującą, czy Pana miesięczny dochód wynosi:

poniżej 951,00 złotych

powyżej 951,00 złotych

nie dotyczy



8. Jeśli jest Pan osobą pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym, czy Pana miesięczny dochód wynosi:

- poniżej 771,00 złotych
 powyżej 771,00 złotych
 nie dotyczy

9. Czy potrzebuje Pan pomocy przy wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: mycie, ubieranie, korzystanie z toalety, spożywanie posiłków, poruszanie się?

- tak nie

10. Czy ktokolwiek (krewny, sąsiad, znajomy) pomaga Panu w wymienionych powyżej czynnościach?

- tak nie

11. Czy osoba, która Panu pomaga (krewny, znajomy, sąsiad) jest mieszkańcem gminy:*

- Damasławek
 Rogoźno
 Szamocin
 Wapno
 Wągrowiec
 Inna, jaka?

*zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego (wyjaśnienie w pkt. 2 deklaracji)

12. Czy osoba, która Panu pomaga jest skierowana z Ośrodka Pomocy Społecznej?

- tak nie nie dotyczy



13. Jeśli korzysta Pan z pomocy, gdzie jest ona świadczona?

- w miejscu zamieszkania
- w ośrodku wsparcia
- w domu pomocy społecznej
- inne:
- nie korzystam

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

Część II

| | | |
|---------------------------|---|----------------------------------|
| Dane Uczestnika | 1 | Imię (imiona): |
| | 2 | Nazwisko: |
| | 3 | PESEL: |
| | 4 | Data i miejsce urodzenia: |
| Adres zamieszkania | 5 | Ulica: |
| | 6 | Nr domu: |
| | 7 | Nr lokalu: |



| | | |
|----|----------------------------------|-----------------------------|
| | 8 | Miejscowość: |
| | 9 | Kod pocztowy: |
| | 10 | Telefon stacjonarny: |
| | 11 | Telefon komórkowy: |
| | 12 | Adres e-mail: |
| | Dane Opiekuna, jeśli jest | 13 |
| 14 | | Nazwisko: |

| | | |
|---------------------|----|---|
| Oświadczenia | 15 | <p>Ja niżej podpisany</p> <p>.....</p> <p>zamieszkały</p> <p>.....</p> <p>legitymujący się dowodem osobistym</p> <p>wydanym przez.....</p> <p>.....</p> |
|---------------------|----|---|



Pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji.
2. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
3. Oświadczam, iż zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika)

*Data, godz. i nr rejestracji wpływu drogą on-line lub w wersji „papierowej”
Deklaracji Zgłoszeniowej*
(nadaje Projektodawca)

*Czytelny podpis osoby odpowiedzialnej ze strony Projektodawcy za
wprowadzenie danych do rejestru kandydatów do udziału w projekcie oraz za
potwierdzenie zgodności danych ze stanem faktycznym.....*
(podpisuje się przedstawiciel Projektodawcy)



Załącznik nr 1 do Deklaracji Zgłoszeniowej Uczestnika do Projektu

Projektodawca: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo - Doradcza A.Gawrońska Sp.j

Partner: OAK Usługi Opiekuńcze Sp. z o.o.

Tytuł Projektu: "Kompleksowy Program Usług Opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej 5 gmin Wielkopolski dla niesamodzielnych seniorów i opiekunów faktycznych"

Nr Projektu: RPWP.07.02.02-30-0020/16

Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020

IMIĘ i NAZWISKO:

DATA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

Proszę zaznaczyć właściwe.

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu:

a) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy poniżej 12 m-c
TAK NIE

b) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy powyżej 12 m-c
TAK NIE

c) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
TAK NIE

d) Osoba bierna zawodowo
TAK NIE
podstawa

e) Osoba pracująca
TAK NIE
- wykonywany zawód

- nazwa instytucji/przedsiębiorstwa, w której uczestnik jest zatrudniony

.....

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do Projektu:

Partner Wiodący

Partner Projektu

Biuro organizacyjne

ul. Nowosolska 21/3, 60-171 Poznań

tel. 61-862-64-85, e-mail: biuro@centrum-kompetencji.pl

www.centrum-kompetencji.pl





- a) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 TAK NIE Odmawiam podania informacji
- b) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 TAK NIE
- c) Osoba z niepełnosprawnościami
 TAK NIE
- d) Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
 TAK NIE
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
 TAK NIE
- e) Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
 TAK NIE
- f) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)
 TAK NIE Odmawiam podania informacji

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Definicja dot. pkt. f) Zgodnie z wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (załącznik nr 2) Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych 2014-2020 EFS, Projektodawca przyjął następujący katalog cech włączających uczestnika do grupy osób znajdujących się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej:

- osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (niższe niż wykształcenie podstawowe) i poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1 (wykształcenie podstawowe)
- osoba pochodząca z obszarów wiejskich
- osoba bezdomna i wykluczona z dostępu do mieszkań
- byli więźniowie i narkomani

Załącznik nr 2 do Deklaracji Zgłoszeniowej Uczestnika do Projektu

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn.

„Kompleksowy Program Usług Opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej 5 gmin Wielkopolski dla niesamodzielnych seniorów i opiekunów faktycznych”, Nr RPWP.07.02.02-30-0020/16
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2014 - 2020,
oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy ul. Aleje Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) 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;
 - 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;
- 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. 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).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Kompleksowy Program Usług Opiekuńczych świadczonych w społeczności lokalnej 5 gmin Wielkopolski dla niesamodzielnych seniorów i opiekunów faktycznych”, Nr RPWP.07.02.02-30-0020/16 w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Wielkopolskiego z siedzibą przy ul. Aleje Niepodległości 34, 61-714 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo-Doradcza A. Gawrońska Sp. j. z siedzibą w Poznaniu (60-171), ul. Nowosolska 21/3a oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – OAK Usługi Opiekuńcze Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Marcelińskiej 98C/166, 60-324 Poznań. 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+.
 5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.
 6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
 7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA