



DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA DO PROJEKTU DLA NIESAMODZIELNEJ OSOBY STARSZEJ

Projektodawca: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo-Doradcza
A. Gawrońska Spółka Jawna

Tytuł Projektu: „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w społeczności lokalnej 7 gmin powiatu wągrowieckiego dla niesamodzielnych osób starszych”, **Nr Projektu:** RPWP.07.02.02-30-0101/17
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020

Czas trwania projektu: 01.08.2018 – 30.11.2020

ŚRODOWISKOWE CENTRUM WSPARCIA OSÓB STARSZYCH

NADAJE PROJEKTODAWCA:

NR WPISU DO REJESTRU ZGŁOSZEŃ

WYPEŁNIA PROJEKTODAWCA PO POZYTYWNYM ZAKWALIFIKOWANIU:

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA

KOD UCZESTNIKA

Proszę zaznaczyć poprawną odpowiedź krzyżykiem ☒

Część I

1. Jestem: (wiek na dzień wypełniania deklaracji zgłoszeniowej)

- kobietą, która ukończyła 60 rok życia
- mężczyzną, który ukończył 65 rok życia
- żadne z powyższych

2. Mieszkam na terenie gminy:*

- Damasławek
- Gołańcz
- Mieścisko
- Skoki
- Wapno
- Wągrowiec (gm. miejska)



Wągrowiec (gm. wiejska)

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 (bez konieczności meldunku).

3. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:

tak nie

4. Cierpię na przewlekłą lub ciężką chorobę:

tak nie

5. Jestem osobą samotnie gospodarującą, której miesięczny dochód:

przekracza 1051,50 złotych

jest niższy niż 1051,50 złotych

nie dotyczy

6. Jestem osobą we wspólnym gospodarstwie domowym, której miesięczny dochód:

przekracza 792,00 złotych

jest niższy niż 792,00 złotych

nie dotyczy

7. Potrzebuję pomocy przy wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: mycie, ubieranie, korzystanie z toalety, spożywanie posiłków, poruszanie się:

tak nie

8. Posiadam opiekuna faktycznego (osobę, która pomaga mi w codziennym funkcjonowaniu):

tak nie

9. Osoba, która mi pomaga jest skierowana z Ośrodka Pomocy Społecznej:

tak nie nie dotyczy

10. Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ):

tak nie nie dotyczy



Część II		
Dane Uczestnika	1	Imię (imiona) i Nazwisko:
	2	PESEL:
	3	Data urodzenia:
	4	Miejsce urodzenia:
	5	Adres zamieszkania:
	6	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (poziom szkoły średniej – średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe (studia wyższe I, II i III stopnia, stopień naukowy doktora) <input type="checkbox"/> inne
	7	Telefon kontaktowy:
	8	Adres e-mail:
Dane Opiekuna Faktycznego, jeśli jest.	9	Imię i Nazwisko:
	10	Numer telefonu:



Oświadczenia	11	<p>Ja niżej podpisany/a</p> <p>.....</p> <p>legitymujący/a się dowodem osobistym</p> <p>wydanym przez</p> <p>Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie. 2. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu. <p style="text-align: center;">.....</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> (miejsowość, data) (czytelny podpis Uczestnika) </div>
---------------------	----	--

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 Spółka Jawna

Tytuł Projektu: „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w społeczności lokalnej 7 gmin powiatu wągrowieckiego dla niesamodzielnych osób starszych”, Nr Projektu: RPWP.07.02.02-30-0101/17

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

Proszę zaznaczyć właściwe.

1. 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 długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-c) zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
TAK NIE

c) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
TAK NIE

d) Osoba długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-c) niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
TAK NIE

e) Osoba bierna zawodowo
TAK NIE
podstawa

f) Osoba pracująca
TAK NIE

- wykonywany zawód

- nazwa instytucji/przedsiębiorstwa, w której uczestnik jest zatrudniony

.....



2. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do Projektu:

- 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 Odmawiam podania informacji
- d) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)
 TAK NIE Odmawiam podania informacji

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Definicja dot. pkt. d) 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

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. „Program usług zdrowotnych i społecznych w społeczności lokalnej 7 gmin powiatu wągrowieckiego dla niesamodzielných osób starszych” Nr Projektu: RPWP.07.02.02-30-0101/17, 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.07.02.02-30-0101/17, 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 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 (60-182), ul. Perzycka 22 oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, ul. Bednarska 4, 60-571 Poznań, Gmina Miejska Wągrowiec, ul. Kościuszki 15a, 62-100 Wągrowiec, Gmina Wągrowiec, ul. Cysterska 22, 62-100 Wągrowiec, Gmina Skoki, ul. Ciastowicza 11, 62-085 Skoki, Gmina Wapno, ul. Solna 1/3, 62-120 Wapno, Gmina Damasławek, Rynek 8, 62-110 Damasławek, Miasto i Gmina Gołańcz, ul. dr. Piotra Kowalika 2, 62-130 Gołańcz, Gmina Mieścisko, plac Powstańców Wielkopolskich 13, 62-290 Mieścisko. 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 kontrolę 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 przekażę 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**



Załącznik nr 3 do Deklaracji Zgłoszeniowej Uczestnika do Projektu

Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej oraz Oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ja (Imię i nazwisko).....

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w społeczności lokalnej 7 gmin powiatu wągrowieckiego dla niesamodzielných osób starszych” i tym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej tj.:
 - a. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
 - b. podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
2. Oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU