



DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA DO PROJEKTU DLA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W SAMODZIELNYM FUNKCJONOWANIU

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

Tytuł Projektu: „Dzienny Dom Opieki Medycznej - usługi zdrowotne i społeczne dla niesamodzielnych osób starszych, mieszkańców powiatu konińskiego”, **Nr Projektu:** RPWP.07.02.02-30-0152/19

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

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. Sprawuję opiekę nad:

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

2. Sprawuję opiekę nad osobą mieszkającą na terenie gminy*:

- Krzymów
- Rzgów
- Rychwał
- Grodziec
- Golina

Partner Wiodący

Partner

Partner

Biuro organizacyjne

ul. Perzycka 22, 6-182 Poznań
tel. 61-862-64-85, e-mail: biuro@centrum-kompetencji.pl
www.centrum-kompetencji.pl





- Kramsk
- Skulsk
- Sompolno
- Ślesin
- Wierzbinek
- Wilczyna
- Stare Miasto
- 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. Osoba, nad którą sprawuję opiekę posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

- tak nie nie wiem

4. Osoba, nad którą sprawuję opiekę jest przewlekle lub ciężko chora:

- tak nie nie wiem

5. Osoba, nad którą sprawuję opiekę potrzebuje pomocy przy wykonywaniu następujących, podstawowych czynności dnia codziennego

- Odżywianie tak nie
Higiena ciała tak nie
Ubierania się tak nie
Wydalenie tak nie
Zakupy tak nie

- Prace domowe tak nie
Poruszanie się tak nie
Komunikowanie się tak nie
Przyjmowanie leków tak nie
Zapewnienie bezpieczeństwa tak nie

6. Imię i Nazwisko Osoby Potrzebującej Wsparcia w Samodzielnym Funkcjonowaniu

.....

7. Numer telefonu Osoby Potrzebującej Wsparcia w Samodzielnym Funkcjonowaniu

.....



UWAGI:

.....
.....
.....

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:



Oświadczenia	9	<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. Oświadczam, iż zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu. <p>.....</p> <p>(miejscowość, data) (czytelny podpis Uczestnika)</p>
---------------------	---	---

*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)*

.....

Partner Wiodący

Partner

Partner



Załącznik nr 1 do Deklaracji Zgłoszeniowej Uczestnika do Projektu

Projektodawca: Centrum Kompetencji Grupa Szkoleniowo - Doradcza

A. Gawrońska Spółka Jawna

Tytuł Projektu: „Dzienny Dom Opieki Medycznej - usługi zdrowotne i społeczne dla niesamodzielnych osób starszych, mieszkańców powiatu konińskiego”, Nr

Projektu: RPWP.07.02.02-30-0152/19

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

Partner Wiodący

Partner

Partner



- 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej - usługi zdrowotne i społeczne dla niesamodzielnych osób starszych, mieszkańców powiatu konińskiego” Nr Projektu: RPWP.07.02.02-30-0152/19, 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.07.02.02-30-0152/19, 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. 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**

Partner Wiodący

Partner

Partner

Biuro organizacyjne

ul. Perzycka 22, 6-182 Poznań
tel. 61-862-64-85, e-mail: biuro@centrum-kompetencji.pl
www.centrum-kompetencji.pl



POWIAT KONIŃSKI