



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w formie zdeinstytucjonalizowanej w Domu Pomocy Społecznej w Resku”
realizowanego przez
Dom Pomocy Społecznej w Resku

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Data wpływu wypełnia personel projektu	
Numer ewidencyjny wypełnia personel projektu	

Nr umowy o dofinansowanie: FEPZ.06.19-IP.01-0018/25-00.

Realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021 - 2027

Priorytet nr 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego

Cel szczegółowy: Zwiększenie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.

Działanie FEPZ .06.19 Rozwój usług społecznych, w tym usług świadczonych w społeczności lokalnej (ZIT) typ 1-5

Instrukcja wypełniania formularza:

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w formie zdeinstytucjonalizowanej w Domu Pomocy Społecznej w Resku”.

Formularz należy wypełnić w sposób czytelny (wszystkie białe pola, drukowanymi literami lub zaznaczyć znakiem „X” we właściwym polu). Wskazanie numeru telefonu lub adresu e-mail jest niezbędne do przeprowadzenia badań ewaluacyjnych lub analizy danych.

Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.

I. WYPEŁNIA OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

DANE KANDYDATA:

Imię		Nazwisko			
PESEL		Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	

MIEJSCE ZAMIESZKANIA KANDYDATA KRYTERIUM REKRUTACYJNE (OBLIGATORYJNE):

Kraj		Województwo			
Powiat		Gmina			
Kod pocztowy:		Miejscowość			
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	



DANE KONTAKTOWE KANDYDATA	
Telefon kontaktowy własny lub do opiekuna prawnego	
Adres poczty elektronicznej (e-mail) własnej lub opiekuna prawnego	
INFORMACJE DODATKOWE KANDYDATA	
Spełnienie kryterium kwalifikowalności w chwili przystąpienia do projektu	☐ Oświadczam, że w rozumieniu przepisów KC zamieszkuje na terenie Powiatu Łobeskiego (województwo zachodniopomorskie).
	☐ Oświadczam, że nie zostałem/am objęty/a usługami opiekuńczymi w CUS/OPS
Wykształcenie	☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ ponadgimnazjalne – liceum/technikum (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe – licencjat/inżynier (ISCED 5) ☐ wyższe – magister (ISCED 6)
Obywatelstwo	☐ polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel spoza UE/bezpaństwowiec
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bezrobotna (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna) w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ☐ osoba poszukująca pracy i niepracująca ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy (np. osoba z prawem do emerytury); ☐ Osoba bierna zawodowo: w tym: ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie (planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: ____/____/____) ☐ inne; ☐ Osoba pracująca



Status szczególny (wypełnić tylko jeśli dotyczy)	1. Osoba z niepełnosprawnościami: ☐ Tak ☐ Nie ☐ odmowa odpowiedzi Jeśli TAK proszę podać stopień niepełnosprawności zgodnie z aktualnym orzeczeniem:
	2. Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych: ☐ Tak ☐ Nie ☐ odmowa odpowiedzi 3. Osoba państwa trzeciego (państwa innego niż członkowie UE) ☐ Tak ☐ Nie 4. Migrant/osoba obcego pochodzenia: ☐ Tak ☐ Nie 5. Osoba bezdomna / wykluczona mieszkaniowo: ☐ Tak ☐ Nie ☐ nie dotyczy

SPECJALNE POTRZEBY

W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba” (jeśli dotyczy).

Potrzeba	Zgłoszone potrzeby
Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową – proszę opisać jakiego:	
Zapewnienie tłumacza migowego	
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	
Inne specjalne potrzeby – proszę opisać jakie:	

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI	Załączono: Wypełnia personel projektu	
Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie Powiatu Łobeskiego (województwo zachodniopomorskie)	☐ TAK	☐ NIE
Zaświadczenie lekarskie wydane w celu kwalifikacji do projektu (na obowiązującym formularzu)	☐ TAK	☐ NIE
Orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu, a oryginał przedstawić do wglądu):	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczenie o samodzielnym zamieszkiwaniu bez wsparcia rodziny	☐ TAK	☐ NIE
Rekomendacja CUS/OPS kandydata na UP jako osoby pilnie potrzebującej wsparcia	☐ TAK	☐ NIE
Potwierdzenie przez placówkę całodobowej opieki o realizacji Indywidualnego Planu Usamodzielniania (IPU) /dotyczy wyłącznie osób zamieszkałych w placówkach całodobowej opieki/	☐ TAK	☐ NIE

**II. WYPEŁNIA OPIEKUN (FAKTYCZNY/NIEFORMALNY/OSOBA BLISKA Z OTOCZENIA UP)****DANE OPIEKUNA**

Imię		Nazwisko	
PESEL		Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA OPIEKUNA

Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Kod pocztowy:		Miejscowość	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu

DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA

Telefon kontaktowy własny lub do opiekuna prawnego	
Adres poczty elektronicznej (e-mail) własnej lub opiekuna prawnego	

INFORMACJE DODATKOWE OPIEKUNA

Spełnienie kryterium kwalifikowalności w chwili przystąpienia do projektu	☐ Oświadczam, że w rozumieniu przepisów KC zamieszkuje na terenie Powiatu Łobeskiego (województwo zachodniopomorskie).
	☐ Oświadczam, że posiadam status opiekuna faktycznego/nieformalnego/ jestem osobą z otoczenia UP wymienionego w I części niniejszego formularza
Wykształcenie	☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ ponadgimnazjalne – liceum/technikum (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe – licencjat/inżynier (ISCED 5) ☐ wyższe – magister (ISCED 6)
Obywatelstwo	☐ polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel spoza UE/bezpaństwowiec
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba bezrobotna (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna) w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ☐ osoba poszukująca pracy i niepracująca ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy (np. osoba



	z prawem do emerytury); ☐ Osoba bierna zawodowo: w tym: ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie (planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: ____/____/____) ☐ inne; ☐ Osoba pracująca
Status szczególny (wypełnić tylko jeśli dotyczy)	1. Osoba z niepełnosprawnościami: ☐ Tak ☐ Nie ☐ odmowa odpowiedzi 2. Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych: ☐ Tak ☐ Nie ☐ odmowa odpowiedzi 3. Osoba państwa trzeciego (państwa innego niż członkowie UE) ☐ Tak ☐ Nie 4. Migrant/osoba obcego pochodzenia: ☐ Tak ☐ Nie 5. Osoba bezdomna / wykluczona mieszkaniowo: ☐ Tak ☐ Nie ☐ nie dotyczy
SPECJALNE POTRZEBY W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć „X” w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba” (jeśli dotyczy).	
Potrzeba	Zgłoszone potrzeby
Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową – proszę opisać jakiego:	
Zapewnienie tłumacza migowego	
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	
Inne specjalne potrzeby – proszę opisać jakie:	
WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI:	Załączono: Wypełnia personel projektu
Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie Powiatu Łobeskiego (województwo zachodniopomorskie)	☐ TAK
	☐ NIE



OŚWIADCZENIA:

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y deklaruje zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w formie zdeinstytucjonalizowanej w Domu Pomocy Społecznej w Resku”, dofinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach FEPZ 2021 - 2027, Priorytetu 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działania 6.19 Rozwój usług społecznych, w tym świadczonych w społeczności lokalnej (ZIT).

- 1) Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 2) Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję treść Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
- 3) Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
- 4) Oświadczam, że dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszego formularza.

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo oświadczenie powinno zostać podpisane przez uczestnika projektu i jego kuratora lub prawnego opiekuna.

..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis Kandydata
..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis kuratora/opiekuna prawnego/osoby bliskiej

INFORMACJA DOT. UCZESTNICTWA WE WSPARCIU

Podpisując niniejszą informację deklaruje, że nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+. Przyjmuję do wiadomości brak możliwości jednoczesnego otrzymywania wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS +. W przypadku zmiany tej sytuacji zobowiązuję się poinformować o tym fakcie organ właściwy.

..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis Kandydata
..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis kuratora/opiekuna prawnego/osoby bliskiej



KLAUZULA INFORMACYJNA

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)
W związku z przystąpieniem do Projektu pn. *Rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w formie zdeinstytucjonalizowanej w Domu Pomocy Społecznej w Resku* przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiat Łobeski ul. M. Konopnickiej 41 73-150 Łobez tel. 918171403, e-mail: sekretariat@powiatlobeski.pl, Dom Pomocy Społecznej w Resku, ul. Wojska Polskiego 40, 72-315 Resko, tel. 91 39 51 337, email: dps@powiatlobeski.pl, Centrum Opiekuńczo-Mieszkalne w Resku ul. Szpitalna 9b, 72-315 Resko tel. 694384992, e-mail: com@powiatlobeski.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod numerem tel. 516 437 059 lub adresem email (adres email): iod@powiatlobeski.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z ustaw i przepisów wykonawczych do ustaw a także w interesie publicznym. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze Danych.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt i archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Odbiorcą danych osobowych będą wyłącznie podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/i że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi realizację/załatwienie sprawy.
10. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis Kandydata
..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis kuratora/opiekuna prawnego/osoby bliskiej