**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
„Nowa jakość życia osób starszych niesamodzielnych lub niepełnosprawnych”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014 – 2020 |
| **Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego** | Oś priorytetowa 9. Solidarne społeczeństwo  Działanie 9.1. Włączenie społeczne i rozwój usług społecznych w ramach ZIT  Poddziałanie 9.1.2. Rozwój usług opiekuńczych w ramach ZIT |
| **Źródło Finansowania** | Europejski Fundusz Społeczny |
| **Nazwa Beneficjenta** | Gmina Solec Kujawski / Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Solcu Kujawskim |
| **Numer wniosku o dofinansowanie** | RPKP.09.01.02-04-0002/18 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer Formularza Rekrutacyjnego[[1]](#footnote-1)** | | |  | | | | | | | |
| **Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego[[2]](#footnote-2)** | | |  | | | | | | | |
| **Podpis osoby przyjmującej Formularz[[3]](#footnote-3)** | | |  | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ I**  **DANE PERSONALNE** | | | | | | | | | | | |
| Imię / Imiona: | |  | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | |  | | | | | Płeć: | □ Kobieta | | | |
| □ Mężczyzna | | | |
| Data i miejsce urodzenia: | |  | | | | | Wiek: |  | | | |
| PESEL: | |  | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania[[4]](#footnote-4): | |  | | | | | | | | | |
| Ulica: | |  | | | | | | | | | |
| Numer domu: | |  | | Numer lokalu: | |  | | | | | |
| Kod pocztowy: | |  | | Gmina: | |  | | | | | |
| Miejscowość: | |  | | | | | | | | | |
| Powiat: | |  | | | | | | | | | |
| Województwo: | |  | | | | | | | | | |
| Obszar[[5]](#footnote-5): | | □ miejski[[6]](#footnote-6) | | | □ wiejski[[7]](#footnote-7) | | | | | | |
| Telefon kontaktowy: | |  | | | | | | | | | |
| Adres e-mail: | |  | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji[[8]](#footnote-8): | | Ulica: | | | | | | | | | |
| Numer domu: | | | | | | | | | |
| Numer lokalu: | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: | | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | | | |
| Gmina: | | | | | | | | | |
| Powiat: | | | | | | | | | |
| Województwo: | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ II**  **STATUS UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | |
| **Status społeczny kandydata[[9]](#footnote-9):** | Osoba niesamodzielna zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym. | | | | | | | | |  |
| Osoba niesamodzielna i/lub niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ustawy z dnia 12.03.2004 roku o pomocy społecznej | | | | | | | | |  |
| Osoba zagrożona ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanki, o których mowa w par. … „REGULAMINU PROJEKTU” | | | | | | | | |  |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) | | | | | | | | |  |
| Osoba z rodzin lub środowisk zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji | | | | | | | | |  |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | | | | | | | | |  |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną | | | | | | | | |  |
| Osoba z niepełnosprawnością intelektualną | | | | | | | | |  |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi | | | | | | | | |  |
| Osoba w wieku poprodukcyjnym[[10]](#footnote-10) | | | | | | | | |  |
| **Wykształcenie kandydata[[11]](#footnote-11)** | **Brak formalnego wykształcenia** | | | | | | | |  | |
| **Podstawowe – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej** | | | | | | | |  | |
| **Gimnazjalne – kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej** | | | | | | | |  | |
| **Ponadgimnazjalne – kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej** | | | | | | | |  | |
| **Policealne – kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej, jednocześnie niebędące wykształceniem wyższym** | | | | | | | |  | |
| **Wyższe – licealne, magisterskie, doktoranckie** | | | | | | | |  | |
| **Dane wrażliwe[[12]](#footnote-12)** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | | | | | | | | □ tak | |
| □ nie | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | | | | | | | | □ tak | |
| □ nie | |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** | | | | | | | | □ tak | |
| □ nie | |
| **W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** | | | | | | | | □ tak | |
| □ nie | |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | | | | | | | | □ tak | |
| □ nie | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[[13]](#footnote-13)** | | | | | | | | □ tak | |
| □ nie | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ III**  **RODZAJ WSPARCIA** | | |
| **Proszę zaznaczyć właściwe:** | **Wsparcie w postaci mieszkania chronionego wspieranego** | **Tak**  **Nie** |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:**

**Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Nowa jakość życia osób starszych niesamodzielnych lub niepełnosprawnych”, realizowanym przez Gminę Solec Kujawski / Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Solcu Kujawskim w ramach działania 9.1. Włączenie społeczne i rozwój usług społecznych w ramach ZIT, poddziałanie 9.1.2. Rozwój usług opiekuńczych w ramach ZIT   
w interesie ogólnym Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014 – 2020**

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:

1. Zamieszkuję na terenie Gminy Solec Kujawski w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.
2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym: osobą niesamodzielną i/lub niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej,
3. Jestem osobą w wieku poprodukcyjnym (> 60 roku życia dla kobiet, > 65 roku życia dla mężczyzn wg. definicji GUS)

Uczestnik/uczestniczka Projektu został/została uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

…………………………………….  
 data i podpis Uczestnika

**OŚWIADCZENIA:**

Świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Nowa jakość życia osób starszych niesamodzielnych lub niepełnosprawnych” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014 – 2020 , wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w systemie teleinformatycznym SL2014.
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej w wyżej wymienionym Formularzu są prawdziwe.

………………………………………  
 data i czytelny podpis

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki.

………………………………………  
 data i czytelny podpis

1. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/uprawniona do uczestnictwa w projekcie.

…………………………………….  
 data i czytelny podpis

1. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, 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**.** **„Nowa jakość życia osób starszych niesamodzielnych lub niepełnosprawnych”** Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mającego siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 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.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych);

1. Przetwarzanie moich danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
   i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WK-P 2014-2020) na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020:
2. 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
3. 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
4. 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.);
   1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
5. 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
6. 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
7. 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.),
8. 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 dnia 30 września 2014 r., s.1);
9. Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 nr RPKP/04/2015” z dnia 14 sierpnia 2015 r, (z późn. zm.).
10. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Nowa jakość życia osób starszych niesamodzielnych lub niepełnosprawnych”**, w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020;
11. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. 29 Listopada 12, 86-050 Solec Kujawski oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu (nazwa i adres Beneficjenta),
12. Moje dane osobowe będą lub mogą być ujawnione wyłącznie podmiotom upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta w związku z realizacją celu o którym mowa w pkt 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi   
    (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych;
13. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie;
14. 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;
15. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
16. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
17. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO;
18. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
19. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

1) [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;

2) iod@kujawsko-pomorskie.pl - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;

lub adres poczty mgops@mgops.soleckujawski.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).

1. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
2. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
3. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | ………………………………….…………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[14]](#footnote-14)\** |

**Załączniki[[15]](#footnote-15):**

* **Dokumenty potwierdzające dochód – formularz PIT za 2017 rok wraz z potwierdzeniem złożenia we właściwym Urzędzie Skarbowym lub zaświadczenie o dochodach wydane przez pracodawcę/pracodawców, zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej lub inne dokumenty określające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę[[16]](#footnote-16);**
* **Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby niesamodzielnej bądź inny dokument poświadczający stan zdrowia;**
* **Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020;**
* **Zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności.**

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚĆI KANDYDATA W PROJEKCIE[[17]](#footnote-17)**

|  |
| --- |
| **Kandydat spełnia/nie spełnia wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie** |
| **Uzasadnienie:** |
| **Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny** |
|  |

1. Wypełnia Beneficjent. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnia Beneficjent. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełnia Beneficjent. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. W przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania na terenie województwa kujawsko – pomorskiego. [↑](#footnote-ref-4)
5. Proszę zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-5)
6. Obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-6)
7. Tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej. [↑](#footnote-ref-7)
8. Proszę podać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania. [↑](#footnote-ref-8)
9. Proszę zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-9)
10. Kobieta w wieku 60 lat i więcej, mężczyzna w wieku 65 lat i więcej [↑](#footnote-ref-10)
11. Proszę zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-11)
12. Proszę zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-12)
13. Do osób w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej, innej niż wymienione powyżej zalicza się:

    Osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1

    Byli więźniowie

    Narkomani

    Osoby z obszarów wiejskich [↑](#footnote-ref-13)
14. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-14)
15. Proszę zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej – „za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.” [↑](#footnote-ref-16)
17. Wypełnia Beneficjent. [↑](#footnote-ref-17)