



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Między nami aktywnymi Seniorami”**

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata
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-IZ.00-04-319/19

Numer Formularza Rekrutacyjnego¹			
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego²			
Podpis osoby przyjmującej Formularz³			
CZĘŚĆ I DANE PERSONALNE			
Imię / Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta
			<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania⁴:			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	

¹ Wypełnia Beneficjent.

² Wypełnia Beneficjent.

³ Wypełnia Beneficjent.

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.



Kod pocztowy:		Gmina:	
Miejscowość:			
Powiat:			
Województwo:			
Obszar ⁵ :	<input type="checkbox"/> miejski ⁶	<input type="checkbox"/> wiejski ⁷	
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Adres do korespondencji ⁸ :	Ulica:		
	Numer domu:		
	Numer lokalu:		
	Kod pocztowy:		
	Miejscowość:		
	Gmina:		
	Powiat:		
	Województwo:		
CZĘŚĆ II STATUS UCZESTNIKA			
Status społeczny kandydata⁹:	Osoba niesamodzielną zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym.		
	Osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, 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 przestępki		
	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		

⁵ Proszę zaznaczyć właściwe.

⁶ Obszar położony w granicach administracyjnych miast.

⁷ Tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej.

⁸ Proszę podać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.

⁹ Proszę zaznaczyć właściwe.



	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	
	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	
	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	
	Osoba z zaburzeniami psychicznymi	
	Osoba w wieku poprodukcyjnym ¹⁰	
Wykształcenie kandydata¹¹	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 wrażliwe¹²	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)¹³	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie

¹⁰ Kobieta w wieku 60 lat i więcej, mężczyzna w wieku 65 lat i więcej

¹¹ Proszę zaznaczyć właściwe.

¹² Proszę zaznaczyć właściwe.

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



CZĘŚĆ III RODZAJ WSPARCIA		
Proszę zaznaczyć właściwe:	Uczestnictwo w zajęciach Klubu Samopomocy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Między nami aktywnymi Seniorami”, 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 potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, 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 powyżej 60 lat.

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:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Między nami aktywnymi Seniorami” 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

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

.....
data i czytelny podpis

4. 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

5. 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. „Między nami aktywnymi Seniorami” 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:

- 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470-486 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470-486 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 dnia 30 września 2014 r., s.1);



- e) 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.).
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Między nami aktywnymi Seniorami”, 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;
 3. 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.
 4. 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;
 5. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie;
 6. 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;
 7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
 8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
 9. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO;
 10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
 11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
 - 1) 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@opssoleckujawski.pl (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
 12. 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;
 13. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
 14. 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*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Załączniki¹⁴:

- Dokumenty potwierdzające dochód – formularz PIT za rok poprzedzający rok złożenia formularza zgłoszeniowego 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 rodzinę¹⁵;
- Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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;
- Oświadczenie Uczestnika Projektu lub zaświadczenie lekarskie o wymagalności wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE¹⁶

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

¹⁴ Proszę zaznaczyć właściwie.

¹⁵ 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.”

¹⁶ Wypełnia Beneficjent.