|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu\*: |  |

 **\*Wypełnia Biuro projektu**

**Formularz zgłoszeniowy do udziału w projekcie pn.
„Pomocna dłoń”**

|  |  |
| --- | --- |
| Forma wsparcia | Usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** |
| Imię (imiona)  |  | PESEL |  |
| Nazwisko |  | Płeć  | [ ] Kobieta [ ] Mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon stacjonarny |  | Telefon komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)** |
| Imię i nazwisko  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| ***UWAGA: Weryfikacja miejsca zamieszkania następuje na podstawie wystawionych na daną osobę i jej adres zamieszkania dokumentów zobowiązaniowych np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu, karta pobytu, które należy załączyć do formularza. W uzasadnionych sytuacjach, w przypadku braku możliwości pozyskania w/w dokumentów, należy załączyć oświadczenie.*** |
| **Oświadczenia kandydata/kandydatki dotyczące kryteriów udziału w projekcie** |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia  | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie. W przypadku braku takiego zaświadczenia wymagane jest załączenie stosownego oświadczenia uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń |
| **OŚWIADCZENIA DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** |
| Oświadczam, że:  | **Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe** | **Dokument wymagany na potwierdzenie** |
| jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | [ ]  TAK [ ]  NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawność |
| jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną  | [ ]  TAK [ ]  NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza |
| Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi | [ ]  TAK [ ]  NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną | [ ]  TAK [ ]  NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza |
| Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | [ ]  TAK [ ]  NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 |
| korzystam z Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (indywidualnie lub jako rodzina) | [ ]  TAK [ ]  NIE | oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu |
| zamieszkujący samotnie | [ ]  TAK [ ]  NIE | oświadczenie Kandydata/-tki zawarte w formularzu |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE**  |
| Oświadczam, że jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń). | [ ]  TAK [ ]  NIE |

|  |
| --- |
| **INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA** |
| Proszę wskazać oczekiwany wymiar w zakresie liczby dni w tygodniu, w których miałoby być świadczone wsparcie | [ ] 1 dzień w tygodniu[ ] 2 dni w tygodniu[ ] 3 dni w tygodniu[ ] 4 dni w tygodniu[ ] 5 dni w tygodniu[ ] 6 dni w tygodniu[ ] 7 dni w tygodniu |
| Proszę wskazać w jakim zakresie potrzebna będzie pomoc | [ ] pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, m.in. polegające na: dostarczaniu posiłków i produktów żywnościowych pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie;[ ] opieka higieniczna;[ ] dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych;[ ] pielęgnacja zalecona przez lekarza (czynności wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej);[ ] zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną). |
| Proszę wskazać czy istnieją szczególne potrzeby w kontekście zapewnienia dostępności do projektu (np. komunikacyjne, transportowe itp.), które należy zapewnić: |  |
| Proszę wskazać inne istotne informacje z punktu widzenia potrzeb, oczekiwań i sytuacji osoby, która ma zostać objęta opieką (np. istotne informacje na temat stanu zdrowia) |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| Świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. |
| Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Miasto Inowrocław – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Inowrocławiu w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych. |
| Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji do Projektu „Pomocna dłoń” |

….………………………………… ………………………………………….
Miejscowość i data Podpis kandydata/-tki/opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do projektu oraz realizacji FEdKP 2021-2027 zgodnie z Rozporządzeniem 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 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO.

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) oraz zgodnie z art. 87 ust. 1 i art. 88 ustawy wdrożeniowej (ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U. 2022. poz. 1079) informujemy, iż:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miasto Inowrocław-Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, mający siedzibę 88-100 Inowrocław, ul. Św. Ducha 90,
* Ponadto dane osobowe mogą być przetwarzane przez innych administratorów m.in.:
* Beneficjenta projektu: Stowarzyszenie Alter Ino, ul. Grabskiego 22/4, 88-100 Inowrocław
* Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego pełniący funkcję instytucji zarządzającej
* Ministra właściwego ds. rozwoju, pełniącego funkcje Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa,
1. Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się:
* pod adresem poczty elektronicznej: iod@mopsinowroclaw.samorzady.pl
* pod adresem korespondencyjnym: 88-100 Inowrocław, ul. Św. Ducha 90.
1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Pomocna dłoń” w szczególności w celu przeprowadzenia rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych i archiwizacji w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.
2. Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b, c, e 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).
3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie:
	1. W przypadku zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027:
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s.159-706 z późn. zm.),
5. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s. 21-59),
6. ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079).
	1. W przypadku zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierającego realizację programów operacyjnych:
7. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s.159-706 z późn. zm.),
8. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s. 21-59),
9. ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079).
10. Zgodnie z art. 89 ustawy wdrożeniowej dostęp do Pana/Pani danych osobowych przysługuje:
* ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego wykonującemu zadania państwa członkowskiego,
* ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych,
* instytucji zarządzającej,
* instytucji audytowej,
* Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
* podmiotom związanym z realizacją zadań w ramach programu regionalnego, w szczególności zaangażowanym w proces audytu, ewaluacji, kontroli, oceny i ekspertyzy,
* podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim w zakresie niezbędnym w celu prawidłowej realizacji projektu
* podmiotom, którym Beneficjent i w/w wymienione podmioty powierzają realizację zadań na podstawie odrębnej umowy, w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów ustawy wdrożeniowej,
* innym podmiotom upoważnionym na mocy prawa.
1. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest:
* niezbędność do przeprowadzenia kompleksowego procesu rekrutacji do projektu (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
* niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
* niezbędność do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).
1. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
2. Pani/Pana dane nie będą przekazane do państw trzecich.
3. Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:
* okres realizacji projektu,
* przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
* okres, który jest niezbędny do obrony interesów Beneficjenta.
1. Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do:
* dostępu do swoich danych osobowych,
* żądania sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,
* żądania usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy.
* żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu czy też na potrzeby marketingu bezpośredniego,
* przenoszenia swoich danych osobowych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
1. Informujemy, że nie korzystamy z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

….………………………………… ……………………………………………….
Miejscowość i data Podpis kandydata/-tki opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Pomocna Dłoń ”** pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że nie mam możliwości przedstawienia jakichkolwiek dokumentów zobowiązaniowych wystawionych na moją osobę i mój adres zamieszkania tj. ……………………………………………………………………………………, ponieważ:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………… | ………………………………….………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA |  CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI W RAMACH PROJEKTU „POMOCNA DŁOŃ*”***

Ja, niżej podpisany/a ………………………………………………………………………
 (imię i nazwisko)

zamieszkały/-a…………………………………………………………………………………

oświadczam,że jestem osobą samotną.

**Oświadczam, iż jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, zgodnie z art. 233 § 1, §2 i §6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.)[[2]](#footnote-2)**

**…………………………………………………………………………………………**(data, czytelny podpis)

Inowrocław, dnia ………………………………….

………………………………………………………………….

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, PESEL oraz adres zamieszkania

osoby składającej oświadczenie)

**OŚWIADCZENIE**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż ze względu na stan zdrowia nie jestem wstanie wykonać co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, w związku z czym jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Data i czytelny podpis …………………………………………………………..…….

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI W** **RAMACH PROJEKTU „POMOCNA DŁOŃ”**

o korzystaniu/niekorzystaniu z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021 - 2027

Ja, niżej podpisana/y ……………………………….………..………………….....................................,

PESEL: ……………………….……………………

oświadczam, że:

**korzystam/nie korzystam** z Programu FE PŻ\*.

Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

 …………………………………………..

 (data i podpis)

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI W** **RAMACH PROJEKTU „POMOCNA DŁOŃ”**

o miejscu zamieszkania

Ja, niżej podpisana/y ……………………………….………..………………….....................................,

PESEL: ……………………….……………………

oświadczam, że:

**moje miejsce zamieszkania to:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

dokładny adres - ulica, numer domu, lokalu, kod pocztowy, miejscowość

 …………………………………………..

 (data i podpis)

\* niepotrzebne skreślić

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej. [↑](#footnote-ref-2)