

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W RAMACH PROJEKTU „KUJAWSKO-POMORSKA TELEOPIEKA ETAP I”**

REALIZATOR PROJEKTU: Miasto Bydgoszcz/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bydgoszczy	Data wpływu formularza
	Wiek w momencie złożenia formularza zgłoszenia

DANE OSOBOWE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Imię i nazwisko	Data urodzenia
-----------------	----------------

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica	Numer domu/lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Gmina	Powiat
Województwo	Kraj
Telefon kontaktowy	Adres e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI*(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)*

Ulica	Numer domu/lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko	Numer telefonu
-----------------	----------------

DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU - przy właściwym polu należy wstawić znak X

Jestem osobą*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; | <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością intelektualną; |
| <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością sprzężoną ¹ ; | <input type="checkbox"/> z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ² ; |
| <input type="checkbox"/> z zaburzeniami psychicznymi; | <input type="checkbox"/> w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego). |
| <input type="checkbox"/> korzystającą z programu FE PZ ³ ; | |
| <input type="checkbox"/> zamieszkującą samotnie; | |

* w celu weryfikacji dodatkowych informacji o Uczestniku należy przedłożyć dokumenty potwierdzające (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

**DEKLARACJA FORMY WSPARCIA** - przy właściwym polu należy wstawić znak X

Informuję, że w ramach projektu chcę skorzystać ze wsparcia w postaci:

POMOCY SĄSIEDZKIEJ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	USŁUG TELEOPIEKI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	POGŁĘBIONEJ ANALIZY STANU ZDROWIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
-----------------------	--	---------------------	--	---	--

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Kujawsko-Pomorska Teleopieka Etap I” tj.:

- Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁴ w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego⁵ ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność*.
- Zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu cywilnego lub pracuję lub uczę się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

W celu weryfikacji powyższego załączam wystawione na mnie i mój adres zamieszkania dokumenty zobowiązaniowe (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). Zostałem poinformowany, że w przypadku braku możliwości pozyskania powyższych dokumentów w celach weryfikacyjnych wystarczy niniejsze oświadczenie.

- Nie przebywam w opiece instytucjonalnej⁶.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Realizatora projektu, do którego składam formularz zgłoszeniowy w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji Uczestników do Projektu.

Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu Projektu.

Data:

Podpis:

* Niepotrzebne skreślić



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Realizator Projektu, Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mającego siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027), Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu oraz Instytucja Koordynująca Umowę (minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego).
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iodo@rops.torun.pl.
- 3) Dane osobowe Uczestnika projektu przetwarzane będą na podstawie 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 programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 – 2027 (FE KP) wyłącznie w celu realizacji projektu „Kujawsko- Pomorska Teleopieka Etap I”, w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEKP.08.25.
- 4) Państwa dane mogą być przetwarzane przez podmioty prowadzące badanie ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu FEKP, w tym w szczególności Instytucji zarządzającej oraz Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa (ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego) oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 6) Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
- 7) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.
- 9) W odniesieniu do danych osobowych uczestnika decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art.22 RODO.

Data:

Podpis:

¹ osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

² Całościowe zaburzenia rozwojowe - w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10.

³ FE PŻ - Program Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa.

⁴ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (Zgodnie z definicją zawartą w Wytycznych Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027).

⁵ Do podstawowych czynności życia codziennego należą kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowane wydalanie moczu i stolca (Zgodnie ze Skalą Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego - skala Katza (ADL)).

⁶ Zgodnie z zapisami Wytycznych dotyczących realizacji projektu z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021-2027 opieka instytucjonalna realizowana jest w szczególności w takich instytucjach jak dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.