

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
dla osoby niesamodzielnej**

„Pyrzyce dla potrzebujących” RPZP.07.06.00-32-K022/19

Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego ¹	
Podpis osoby przyjmującej Formularz ²	

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	Gmina Pyrzyce/ Ośrodek Pomocy Społecznej w Pyrzycach
Numer wniosku o dofinansowanie	RPZP.07.06.00-32-K022/19

CZĘŚĆ I

DANE PERSONALNE

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: ³			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	Pyrzyce
Miejscowość:			

¹ j.w.

² j.w.

³ 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 zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim).

Powiat:	Pyrzycki
Województwo:	Zachodniopomorskie
Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> Miejski ⁴ <input type="checkbox"/> Wiejski ⁵
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

CZĘŚĆ II

STATUS UCZESTNIKA

Status społeczny kandydata (proszę zaznaczyć właściwe):	<p><u>Osoba niesamodzielna</u> wpisująca się w definicję osoby zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją §2 ust. 8. REGULAMINU PROJEKTU (<u>kryterium obligatoryjne</u>)</p> <p>W tym:</p> <p>Osoba z niepełnosprawnością</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Symbol: Stopień: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba niesamodzielna i/lub niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej – <u> premia punktowa 60 pkt;</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, o których mowa w REGULAMINIE PROJEKTU – <u> premia punktowa 12 pkt;</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁴ obszar położony w granicach administracyjnych miast.

⁵ tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko –wiejskiej

	zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) – <u> premia punktowa 12 pkt;</u>	
	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 z zastrzeżeniem, że w przypadku objęcia wsparciem osób korzystających z PO PŻ – <u> premia punktowa 12 pkt;</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba w wieku poprodukcyjnym: > 60 roku życia dla kobiet, > 65 roku życia dla mężczyzn wg. definicji GUS – <u> premia punktowa 5 pkt.</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): <i>(możliwe jest zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi TAK)</i>	Osoba bezrobotna ⁶ zarejestrowana lub niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba bierna zawodowo ⁷	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁶ Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (to osoby, które nie są zarejestrowane jako bezrobotne, lecz nie pracują, aktywnie poszukują pracy i są gotowe do podjęcia zatrudnienia) jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne.

⁷ Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)



	Osoba pracująca ⁸	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli zaznaczono TAK, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa):
	Wykonywany zawód - DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> inny

⁸ Osoba pracująca - osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków :

- i. osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstw o nie osiąga zysków ;
 - ii. osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach);
 - iii. osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.
 - iv. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą w nosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za „osoby pracujące” – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”.
- „Zatrudnienie subsydiowane” jest uznawane za "zatrudnienie".

<p>Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)</p> <p><i>(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)</i></p>	Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):</p>	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnością ⁹	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
	osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osobą należąca do jednej lub kilku z poniższych grup: i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁹ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).



	wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, ii. byli więźniowie, iii. narkomani, iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, v. osoby z obszarów wiejskich.	
--	---	--

**CZĘŚĆ III
RODZAJ WSPARCIA**

Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat:	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania (pielęgniarska / rehabilitacyjna / psychologiczna)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Usługi asystenckie świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Klub Seniora	<input type="checkbox"/> TAK Proszę zaznaczyć interesującą lokalizację: <input type="checkbox"/> Mielęcin <input type="checkbox"/> Letnin <input type="checkbox"/> Żabów <input type="checkbox"/> Brzezin <input type="checkbox"/> Turze <input type="checkbox"/> NIE

**CZĘŚĆ IV
SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością**

Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK , proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK , proszę wymienić potrzeby:		

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19 realizowanym przez Gminę Pyrzyce / Ośrodek Pomocy Społecznej w Pyrzycach w ramach Działania RPZP.07.06.00 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.

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

1. Zamieszkuję na terenie Gminy Pyrzyce w rozumieniu Kodeksu Cywilnego,
2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym: osobą niesamodzielną i/lub niepełnosprawną.
3. Jestem osobą niesamodzielną, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, należąca do co najmniej jednej z poniższych grup:
 - 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;
 - 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;
 - osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

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

POZOSTAŁE OSWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w formie zaszyfrowanej na stronie internetowej projektu <http://www.opspyrzyce.pl/>
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
 - Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
 - Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniona do uczestnictwa w projekcie;
 - Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
Data i podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 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 20.12.2013, str. 320, 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 20.12.2013, str. 470, 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,
- 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,
 - 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 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Gminie Pyrzyce z siedzibą przy Pl. Ratuszowym 1, 74-200 Pyrzyce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Realizatorowi - Ośrodek Pomocy Społecznej w Pyrzycach, siedzibą przy Pl. Ratuszowym 1, 74-200 Pyrzyce, Partnerowi - Ośrodkowi Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, z siedzibą przy ul. Kminkowej 182e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
 5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę 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 poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z [właściwym](#) Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl
 - b) iod@miir.gov.pl
 12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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



ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):

Obligatoryjne:

- Oświadczenie dotyczące dochodu
- Dokumenty określające dochód takie jak: decyzja właściwego organu rentowego/ emerytalnego (ZUS /KRUS) informująca o wysokości przyznanego świadczenia za ostatni miesiąc, zaświadczenie o dochodach wydane przez pracodawcę/ów lub inne dokumenty określające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę¹⁰;

oraz co najmniej jedno z poniższych zaświadczeń lekarskich w zależności od potrzeby wsparcia:

- Zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności i o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – na załączonym wzorze; w tym określenie pielęgnacji zalecanej przez lekarza, obejmująca czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego / dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarstwa środowiskowego – dla osób ubiegających się o pomoc w formie usług opiekuńczych lub Klubu Seniora – na załączonym wzorze;
- Zalecenia lekarza lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii – dla osób ubiegających się o usługi rehabilitacyjne – na załączonym wzorze;
- Zaświadczenie od lekarza (pisemne zalecenia lekarza prowadzącego) o konieczności realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych (pielęgniarskich) – dla osób ubiegających się o pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych (pielęgniarskich) – na załączonym wzorze;

Fakultatywne:

- Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (jeśli dotyczy);
- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (jeśli dotyczy);

OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:

Kandydat spełnia/nie spełnia ¹¹
wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)
Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny

¹⁰ Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. 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”.

¹¹ Niepotrzebne skreślić.



OŚWIADCZENIE

uczestnika/czki projektu

Pyrzyce dla potrzebujących, RPZP.07.06.00-32-K022/19

Ja, niżej podpisany/a świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że mój dochód:

- nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej
- przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej

i jednocześnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie indywidualnej oceny mojej sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) oraz mojego opiekuna faktycznego przez pracownika socjalnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pyrzycach.

Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. 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”.

.....
Data i podpis uczestnika



....., dnia

.....
(pieczęć przychodni / lekarza)

ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA O NIESAMODZIELNOŚCI I O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

dla osób ubiegających się o usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania lub Klub Seniora

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani jest osobą niesamodzielną i potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. jest osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

1. Stan zdrowia:

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki/ wsparcia:

- Stale
- Okresowo (na jaki okres):

2. Niepełnosprawność:

TAK

Symbol:

Stopień:

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

NIE

3. Opieka lub wsparcie wymagane jest w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania poniższych podstawowych czynności dnia codziennego:

.....
.....
.....

4. Określenie zakresu wymaganych usług:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się);
- opiekę higieniczną (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pomoc przy



ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej, zmianę bielizny pościelowej, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji);

- pielęgnację zaleconą przez lekarza, obejmująca czynności pielęgnacyjne uzupełniające w stosunku do pielęgniarstwa środowiskowego:

Zalecam pielęgnację w zakresie:

.....
.....
.....
.....

- zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług, czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej).

.....

(podpis lekarza)



....., dnia

.....
(pieczęć przychodni / lekarza)

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA

O KONIECZNOŚCI REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH (PIELĘGNIARSKICH)

dla osób ubiegających się o pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych (pielęgniarskich)

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani jest osobą niesamodzielną i potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. jest osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

1. Stan zdrowia:

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki/ wsparcia:

- Stale
- Okresowo (na jaki okres):

2. Niepełnosprawność:

- TAK
 - Symbol:
 - Stopień:
 - lekki
 - umiarkowany
 - znaczny

- NIE

3. Opieka lub wsparcie wymagane jest w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania poniższych podstawowych czynności dnia codziennego:

.....
.....
.....

4. Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania zalecenia lekarza prowadzącego:

- pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
- pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

.....

(podpis lekarza)



....., dnia

.....
(pieczęć przychodni / lekarza)

**ZALECENIA LEKARZA LUB SPECJALISTY Z ZAKRESU REHABILITACJI RUCHOWEJ/FIZJOTERAPII
dla osób ubiegających się o usługi rehabilitacyjne**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani jest osobą niesamodzielną i wymaga rehabilitacji fizycznej i usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

1. Stan zdrowia:

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki/ wsparcia:

- Stale
- Okresowo (na jaki okres):

2. Niepełnosprawność:

TAK

Symbol:

Stopień:

- lekki
- umiarkowany
- znaczny

NIE

3. Zalecenia lekarza lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii:

.....
.....
.....
.....

4. Ponadto zalecam współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych:

- TAK, w zakresie:
- NIE

.....

(podpis lekarza
lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii)