**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**dla opiekuna faktycznego**

**„Wsparcie seniorów w Gminie Choszczno ” nr FEPZ.06.18-IP.01-0007/24**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus ( EFS+)

w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027,

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego[[1]](#footnote-1) |  |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz[[2]](#footnote-2) |  |

**DANE UCZESTNIKA/CZKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Obywatelstwo: | □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju  spoza UE/ bezpaństwowiec |
| Rodzaj uczestnika:  | □ indywidualny |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Wiek: |  |
| Wykształcenie: | □ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)□ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)□ Policealne (ISCED 4)□ Wyższe (ISCED 5–8) |
| Kraj: |  |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica i nr domu: |  |
| Kod pocztowy: | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba obcego pochodzenia | □ TAK □ NIE |
| Osoba państwa trzeciego | □ TAK □ NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane) | □ TAK □ NIE□ odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ TAK □ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak, dołączyć kopię orzeczenia) | □ TAK □ NIE□ odmowa podania informacji |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu : | □ osoba bezrobotna, w tym:□ osoba długotrwale bezrobotna□ inne--------------------------------------------------------------------------□ osoba bierna zawodowo, w tym:□ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lubszkoleniu□ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie□ inne--------------------------------------------------------------------------□ osoba pracująca, w tym:□ osoba prowadząca działalność na własnyrachunek□ osoba pracująca w administracji rządowej□ osoba pracująca w administracji samorządowej(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)□ osoba pracująca w organizacji pozarządowej□ osoba pracująca w MMŚP |
| Jestem osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się w woj. zachodniopomorskim na terenie Gminy Choszczno w rozumieniu Kodeksu Cywilnego. | □ TAK□ NIE |
| Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego[[3]](#footnote-3) osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - uczestnika projektu „Wsparcie seniorów w Gminie Choszczno ” nr FEPZ.06.18-IP.01-0007/24 | □ TAKImie i nazwisko osoby niesamodzielnej……………………………………………………………………………………..□ NIE |

|  |
| --- |
| **Formy wsparcia** |
|  | Złota rączka | □ TAK□ NIE |
| Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego | □ TAK□ NIE |
| Poradnictwo Lidera wsparcia | □ TAK□ NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| Pisemne uzasadnienie potrzeby wsparcia(minimum 5 zdań)  |  |

**ANKIETA POTRZEB**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy ma Pani/ Pan specjalne oczekiwania/ potrzeby których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/ Panu udział w usługach oferowanych w ramach projektu? | □ Nie dotyczy□ Nie posiadam szczególnych potrzeb□ Posiadam szczególne potrzeby: (jakie?)□ pętla indukcyjna□ tłumacz migowy□ powiększony tekst□ podjazd□ inne: jakie …………………………………………………………………………… |

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn.„Wsparcie seniorów w Gminie Choszczno ”nrFEPZ.06.18-IP.01-0007/24realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027

Po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuje się do przekazywania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźnika rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończonego udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027

Oświadczam, że:

1. jestem osobą zamieszkującą w Gminie Choszczno w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego;
2. nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie Działania: FEPZ.06.18 programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 i/lub w projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+;
3. Jestem opiekunem faktycznym osoby zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która jest uczestnikiem projektu;
4. Zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do projektu dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach;
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
6. Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
7. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniona do uczestnictwa w projekcie;
8. Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+.

……………………………………….. …………………………………………

Miejscowość, data czytelny podpis

***KLAUZULA INFORMACYJNA***

(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.

**„Wsparcie seniorów w Gminie Choszczno ”**, przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Gmina Choszczno, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji (nazwa i adres ww. podmiotów).
2. 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 FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające 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;
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
6. Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
7. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. Wsparcie seniorów w Gminie Choszczno, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
8. Kategorie danych osobowych, które będą przetwarzane: dane zwykłe oraz szczególne[[4]](#footnote-4)
9. Dodatkowo 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. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
13. /należy wskazać adres poczty elektronicznej IOD Beneficjanta/(jeśli dotyczy);
14. iod@wup.pl
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
16. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
17. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
18. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………  | ……………………………………………………………………… |
| *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:**

* Zaświadczenie o miejscu zamieszkania

**Fakultatywne:**

* Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (jeśli dotyczy);

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

|  |
| --- |
| Kandydatspełnia/nie spełnia[[5]](#footnote-5)wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent) |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. j.w. [↑](#footnote-ref-1)
2. J.w. [↑](#footnote-ref-2)
3. Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wskazać w zależności od realizowanego wsparcia; dotyczy szczególnych kategorii danych. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-5)