Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wsparcie seniorów w Gminie Choszczno ”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU – OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA**

**w ramach projektu** **„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,

**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 |

**DANE DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba w wieku 60+ | □ tak□ nie |

**KRYTERIA PREMIUJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (10 pkt)  | □ tak□ nie  |
| Osoba z chorobami psychicznymi/osobą z niepełnosprawnością intelektualną (10 pkt)  | □ tak□ nie  |
| Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z MSKCiPZ ICD10) (10 pkt)  | □ tak□ nie  |
| Osoby korzystająca z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (5pkt) | □ tak□ nie  |
| Osoba zamieszkującą samotnie (5 pkt) | □ tak□ nie  |

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** |
| Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat: | Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania | □ TAK□ NIE |
| Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania (rehabilitacyjna / psychologiczna/ pielęgniarska)  | □ TAK□ NIE |
| Złota rączka, wypożyczalnia sprzętu | □ TAK□ NIE |
| Klub Seniora  | □ TAKProszę zaznaczyć interesująca lokalizację:  Kołki Wardyń Zwierzyn Raduń Radaczewo Stradzewo□ NIE |

**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 czytelny 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 osobą w wieku 60+
4. Jestem osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia, wiek lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego i należę 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 (wymóg dotyczy osób ubiegających się o usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania).
1. Zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do projektu dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach;
2. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
3. Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniona do uczestnictwa w projekcie;
5. 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[[1]](#footnote-1)
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.

1. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
2. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
3. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
4. /należy wskazać adres poczty elektronicznej IOD Beneficjanta/(jeśli dotyczy);
5. iod@wup.pl
6. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
8. 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.
9. 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 od lekarza o niesamodzielności i o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – na załączonym wzorze;

**Fakultatywne:**

* Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (jeśli dotyczy);
* Zaświadczenie z Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Choszcznie o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z korzystania z Funduszy Europejskie Pomoc Żywnościowa (jeśli dotyczy);
* Zalecenia lekarza lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii – dla osób ubiegających się o usługi rehabilitacyjne– na załączonym wzorze;
* Zaświadczenie od lekarza lub dokumentacja medyczna określająca pielęgnację zaleconą przez lekarza, obejmująca czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego / dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej – dla osób ubiegających się o pomoc w formie usług opiekuńczych– na załączonym wzorze;

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

|  |
| --- |
| Kandydatspełnia/nie spełnia[[2]](#footnote-2)wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent) |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

…………………………………, dnia …………………………

………………………………………………………..

 (pieczęć przychodni / lekarza)

**ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA**

**POZOSTAWANIU OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**dla osób ubiegających się o usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania**

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 wsparcia:

* Stale
* Okresowo (na jaki okres): ………………………………………….
1. Niepełnosprawność:
* TAK

Symbol: …………

Stopień:

□ lekki

□ umiarkowany

□ znaczny

* NIE
1. Opieka wymagana jest w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania poniższych podstawowych czynności dnia codziennego:

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

1. 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 pielęgniarskiej opieki środowiskowej:

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)

 **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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

1. Stan zdrowia:

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

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

Ze względu na stan zdrowia wymaga wsparcia:

* Stale
* Okresowo (na jaki okres): ………………………………………….
1. Niepełnosprawność:
* TAK

Symbol: …………

Stopień:

□ lekki

□ umiarkowany

□ znaczny

* NIE
1. Zalecenia lekarza lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii:

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

1. Ponad to 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)

1. Należy wskazać w zależności od realizowanego wsparcia; dotyczy szczególnych kategorii danych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)