**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do udziału w projekcie: „Program teleopieki domowej – program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej
w ramach FEdP 2021-2027

 Dane POTENCJALNEGO uczestnika projektu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  | DATA URODZENIA |  |
| WIEK |  | PŁEĆ | * K
* M
 |
| ADRES ZAMIESZKANIA: |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | ULICA |  |
| NR DOMU |  | NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  | TELEFON |  |
| UWAGI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MIEJSCOWOŚĆ, DATA  | PODPIS OSOBY KWALIFIKUJĄCEJ |
| PODPIS POTENCJALNEGO UCZESTNIKA |

**Klauzula obowiązku informacyjnego RODO w związku z przetwarzaniem danych osobowych podczas realizacji projektów w ramach programu operacyjnego Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027**

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. Program teleopieki domowej - program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności/procesów w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego na lata 2021-2027 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej FEdP na lata 2021-2027 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14, 15-097 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@podlaskie.eu, www.bip.podlaskie.eu). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Funduszy
 i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel. +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@mfipr.gov.pl), administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności/procesów w ramach projektu pn. Program teleopieki domowej - program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” są Województwo Podlaskie (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14, 15-097 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@podlaskie.eu, [www.bip.podlaskie.eu](http://www.bip.podlaskie.eu)) i Gmina Łomża.
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej - iod@miir.gov.pl, Województwo Podlaskie - iod@podlaskie.eu, Gmina Łomża.
 Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych;
3. podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c) art. 9 ust 2 lit b RODO) określony w:

- Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym 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,

- Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021 str. 21, z późn. zm.) / Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności,

- Ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.

1. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania
w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie
 z funduszy polityki spójności w ramach FEdP na lata 2021-2027
2. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej FEdP na lata 2021-2027 – Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
 w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14 15-097 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549,
e-mail: kancelaria@podlaskie.eu, www.bip.podlaskie.eu) beneficjentom realizującemu projekt Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14 15-097 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@podlaskie.eu, www.bip.podlaskie.eu), Gmina Łomża oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej FEdP na lata 2021-2027 oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, kontrole i audyt w ramach FEdP na lata 2021-2027;
3. moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
4. moje dane osobowe będą przechowywane:

− zgodnie z art. 82 rozporządzenia ogólnego – przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia roku,
w którym dokonana zostanie ostatnia płatność na rzecz beneficjenta. Bieg okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym, jest wstrzymywany w przypadku wszczęcia postępowania
prawnego albo na wniosek Komisji,

− przez okres zgodny z obowiązującym w Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt – kat BE 10, tj. 10 lat od zakończenia sprawy.

1. podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jestem zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie wykluczenie z udziału w projekcie;
2. mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przenoszenia danych –
w przypadkach przewidzianych prawem, sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
3. mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (dane kontaktowe dostępne są po adresem: <https://uodo.gov.pl>);
4. moje dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji,
w tym profilowania.

|  |  |
| --- | --- |
| *Miejscowość i data* | *Podpis uczestnika* |

**KARTA KWALIFIKACYJNA DO PROJEKTU**

**pn. „Program teleopieki domowej - program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” FEDP.08.04-IZ.00-0001/23-00**

1. **DANE OSOBOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| DATA URODZENIA |  | WIEK |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Czy potencjalny uczestnik zamieszkuje na terenie województwa podlaskiego | * TAK
* NIE *oznacza wykluczenie z uczestnictwa*
 |
| Czy potencjalny uczestnik przebywa w opiece całodobowej | * TAK *oznacza wykluczenie z uczestnictwa*
* NIE
 |
| Czy potencjalny uczestnik spełnia kryterium wieku tj.1. w wieku powyżej 60 lat dla kobiet i w wieku powyżej 65 lat dla mężczyzn;
2. osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w wieku od 18 lat;
3. osoby z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat;
4. osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat.
 | * TAK
* NIE *oznacza wykluczenie z uczestnictwa*
 |

**W PRZYPADKU BRAKU SPEŁNIENIA POWYŻSZYCH KRYTERIÓW NIE WYPEŁNIA SIĘ KOLEJNYCH TABEL**

1. **WYKLUCZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy potencjalny uczestnik **korzysta** z usług przewidzianych w projekcie a finansowanych ze środków budżetu gminy | * TAK – jakich …………………………………….…..

w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa W TYCH SAMYCH usługach ale może korzystać z innych* NIE

*Zweryfikowane przez pracownika Realizatora* |
| Czy potencjalny uczestnik jest osobą na której rzecz zostało przyznane świadczenie w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji np. świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy | * TAK

w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa w usługach:- sąsiedzkich - opiekuńczych - asystenckich Może korzystać z opiekuńczych specjalistycznych* NIE

*Zweryfikowane przez pracownika Realizatora* |

1. **DIAGNOZA STANU OBECNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| POTRZEBA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU np. * korzystanie z telefonu,
* dotarcie do miejsc poza odległością spaceru,
* wychodzenie na zakupy,
* samodzielne przygotowanie posiłków,
* samodzielne wykonywanie prac domowych np. sprzątania,
* samodzielne majsterkowanie lub np. pranie rzeczy,
* samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków,
* samodzielne gospodarowanie pieniędzmi
* inne, jakie …………………………………………………………….
 | *Max 8 pkt (jeżeli wskazano 8 potrzeb)* |
| SYTUACJA RODZINNA zamieszkuje samotnie/ z współmałżonkiem/ z rodziną / mieszka w sąsiedztwie rodziny tj. ta sama miejscowość | *Max 1 pkt (jeżeli zamieszkuje samotnie)* |
| ZAGROŻENIE SYTUACJĄ PROBLEMOWĄ * zagrożony ubóstwem
* zagrożony bezdomnością
 |  |
| ZASOBY dostęp do sieci komórkowej / telefon komórkowy |  |
| POTRZEBY zgłaszane przez potencjalnego uczestnika |  |
| WIĘZI SPOŁECZNE |  |
| Osoba uciekająca do Polski z terenu Ukrainy w związku z atakiem Federacji Rosyjskiej na Ukrainę | * TAK
* NIE

*Max 1 pkt jeżeli TAK* |

1. **OCENA POTRZEB**

|  |
| --- |
| **SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA** |
| Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne | * TAK
* NIE
 |
| Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji  | * TAK
* NIE
 |
| **SPRAWNOŚĆ PSYCHICZNA** |
| Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej | * TAK
* NIE
 |
| Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii | * TAK
* NIE
 |

**Zapoznałem/am się z regulamin rekrutacji i udziału w projekcie pn. „program teleopieki domowej - program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” FEDP.08.04-IZ.00-0001/23-00.**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data | Podpis osoby kwalifikującej – weryfikującej kwalifikowalność |
|  | Podpis uczestnika |

**PODSUMOWANIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **USŁUGI SĄSIEDZKIE** | **USŁUGI OPIEKUŃCZE** | **USŁUGI OPIEKUŃCZE SPECJALISTYCZNE** | **USŁUGI ASYSTENCKIE** |
| KOBIETA w wieku powyżej 60 r.ż | TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji  | TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności  |
| MĘŻCZYZNA w wieku powyżej 65 r.ż | TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji | TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności |
| Osoba w wieku od 18 lat o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  | TAK | TAK | TAK | TAK |
| Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat | TAK | TAK | TAK | TAK |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat | TAK | TAK | TAK | NIE |

Liczba punktów ……… na max 10 punktów

Uczestnik kwalifikuje się do usług ……………………… w wymiarze *minimum/średnio* ………………………………………godz./miesiąc na okres od …………………………….. do …………………………..

Usługi sąsiedzkie – uczestnik akceptuje opiekuna Panią/a …………………………………………… adres …………………………… kontakt ………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data | Podpis osoby kwalifikującej |
|  | Podpis uczestnika |

**ZAŁĄCZNIKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Orzeczenie o niepełnosprawności z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne | * TAK

Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem, z uczestnictwa są wykluczone osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności* NIE
 |
| Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji  | * TAK załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem
* NIE
 |
| Choroby\* |  | Przyjmowane leki\* |  |
| Opieka specjalistów\* |  |
| Alergie, uczulenia\* |  |
| Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego\* |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej | * TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem
* NIE
 |
| Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii | * TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem
* NIE
 |
| Specyficzne zachowania i potrzeby |  |
| Otwartość na realizację usług, ulubiona forma spędzania wolnego czasu, przyzwyczajenia |  |
| KONTAKT DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH / OPIEKUNA FAKTYCZNEGOImię i nazwisko, adres, nr telefonu  |  |

UWAGA, na okres ważności dokumentów, kopię ORZECZENIA LUB ZAŚWIADCZENIA za zgodności
z przedstawionym dokumentem, załączyć do dokumentacji

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data | Podpis osoby kwalifikującej |
|  | Podpis uczestnika |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |
| --- |
| Program teleopieki domowej – program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami |
| Lider ProjektuPartner / Realizator | Województwo PodlaskieOśrodek Pomocy Społecznej Gminy Łomża |

1. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | PESEL (jeżeli brak to data urodzenia) |
|  |  |  |
| Wykształcenie (zaznaczyć właściwe) | Obywatelstwo |
| * średnie I stopnia lub niższe
* ponadgimnazjalne lub policealne
* wyższe
 | * Obywatelstwo polskie
* Brak polskiego obywatelstwa - obywatel UE
* Brak polskiego obywatelstwa lub obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
 |
| Województwo | Powiat | Gmina |
| PODLASKIE |  |  |
| Miejscowość | Ulica |
|  |  |
| Nr budynku | Nr lokalu | Kod pocztowy |
|  |  |  |
| Telefon kontaktowy lub adres e-mail |
|  |

|  |
| --- |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe): |
| * osoba bezrobotna **w tym:**
 | * osoba długotrwale bezrobotna
* inny
 |
| * osoba bierna zawodowo, **w tym:**
 | * osoba ucząca się / odbywająca szkolenie
* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach
* inny
 |
| * osoba pracująca, **w tym:**
 | * osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej z wyłączenie szkół i placówek systemu
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników)
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba prowadząca działalnośc na własny rachunek
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
* osoba pracująca na uczelni
* osoba pracująca w instytucie naukowym
* osoba pracująca w instytucie badawczym
* osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
* osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
* osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
* osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
* inne
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba obcego pochodzenia | * tak
* nie
 |
| Migrant | * tak
* nie
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanemniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. | * tak
* nie
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * tak
* nie
 |
| Posiadanie statusu osoby z niepełnosprawnościami | * tak
* nie
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie |  |
| Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Miejscowość i data* | *Podpis uczestnika* |