**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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 FAKTYCZNEGO  Imię 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 Projektu  Partner / Realizator | Województwo Podlaskie  Ośrodek 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 marginalizowane  mniejszości 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* |