

Załącznik nr 1 do Regulaminu
Rekrutacji do Dziennego Domu
Opieki Medycznej w Waksmundzie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do **Dziennego Domu Opieki Medycznej w Waksmundzie**, utworzonego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, w zakresie 9. Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 Usługi Społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej.

Data zgłoszenia	
Kod rekrutacyjny	
Podpis osoby przyjmującej	

I. Informacje o projekcie

Tytuł projektu	Utworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej w Waksmundzie
Numer projektu	RPMP.09.02.01-12-0001/18

II. Dane uczestnika wnioskującego o wsparcie

IMIĘ:		NAZWISKO:	
PESEL:		WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
PŁEĆ (K/M):			
WYKSZTAŁCENIE:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
DANE KONTAKTOWE:			
WOJEWÓDZTWO:		POWIAT:	
GMINA:		MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA:		NR BUDYNKU:	
NR LOKALU:		KOD POCZTOWY:	
TELEFON KONTAKTOWY		ADRES E-MAIL:	
SYTUACJA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	

<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne		
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się w tym: planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: <input type="checkbox"/> inne		
<input type="checkbox"/> osoba pracująca	w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne		
	Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia θ <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno–pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny		
	Zatrudniony w		
DODATKOWE INFORMACJE:			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Emigrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

III. Kryteria udziału w projekcie

Kryteria formalne – weryfikacja na podstawie okazanych dokumentów podczas rekrutacji

Niniejszym oświadczam, że:		
1. Jestem mieszkańcem miasta/gminy Nowy Targ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą po bezpośrednio po przebytej hospitalizacji / występuje u mnie ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie / w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały mi świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Jestem osobą mającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Nie jestem wyłączony z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM tj. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Kryterium pierwszeństwa

Niniejszym oświadczam, że przysługuje mi pierwszeństwo w dostępie do oferowanego wsparcia z uwagi na:		
Ukończenie 65 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Kryteria dodatkowe

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanego wsparcia z uwagi na spełnianie następujących kryteriów dodatkowych:		
K.D.1 preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1	osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK
2	osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> TAK
3	osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK
4	osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382)	<input type="checkbox"/> TAK
5	osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK
6	osoby z niepełnosprawnością - osoby niepełnosprawne 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.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w	<input type="checkbox"/> TAK

	rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);	
7	członkowie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK
8	osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK
9	osoby niesamodzielne	<input type="checkbox"/> TAK
10	osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020	<input type="checkbox"/> TAK
11	osoby korzystające z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK
	K.D.2 preferencje otrzymują osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	K.D.3 preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	K.D.4 preferencje otrzymują osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020 (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	K.D.5 preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	K.D.6 preferencje otrzymują osoby niesamodzielne, których opiekunowie pracują na pełen etat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Pouczenie: zgodnie z Regulaminu Rekrutacji: „Spełnianie kryteriów należy potwierdzić, dołączając do wniosku określone dokumenty źródłowe które będą potwierdzały spełnienie przez kandydata kryteriów rekrutacji zwiększając jego szanse na udział w Projekcie. W przypadku nieprzedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów oraz w sytuacji braku potwierdzenia okoliczności zawartych w zaświadczeniu - nie uwzględnia się danego kryterium.”</p>		

Oświadczenia:

W związku z przystąpieniem do projektu „Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych” oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie Utworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej w Waksmundzie
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Utworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej w Waksmundzie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałam pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji do Placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych w Nowym Targu ramach projektu „Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych” w **Dziennego Domu Opieki Medycznej w Waksmundzie**,

- akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria formalne uprawniające do udziału w projekcie;
 6. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
Miejscowość, data.....
czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Utworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej w Waksmundzie” nr RPMP.09.02.01-12-0001/17 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Utworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej w Waksmundzie”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – N.Z.O.Z. Centrum Stomatologii Rodzinnej oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później;
7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane;
13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

¹ Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju