



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



województwo
łódzkie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU DO PROJEKTU „KOMPLEKSOWE USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU”,
NR PROJEKTU: RPLD.09.02.01-10-D008/22**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PERSONALNE	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

3. Jestem osobą bierną zawodowo² TAK NIE

W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE

W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE

4. Jestem osobą pracującą³ TAK NIE

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego

¹ Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

² Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

³ Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej
- inny, jaki? _____

- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- rolnik

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): _____

POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Należę do grupy osób zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym- tj. jestem:

a) osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

TAK NIE

b) osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

TAK NIE

c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą/ należę do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

TAK NIE

d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;

TAK NIE

e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym/ młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);

TAK NIE

f) osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; uczeń/dziecko z niepełnosprawnością w wieku przedszkolnym posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności oraz dziecko i młodzież posiadająca orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim) - w przypadku zaznaczenia

TAK NIE



odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność

w tym:

- osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności TAK NIE
- osobą z niepełnosprawnością sprzężoną TAK NIE
- osobą z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi TAK NIE

g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, co najmniej jeden z członków gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością TAK NIE

h) osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. 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 TAK NIE

i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁴ TAK NIE

j) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności TAK NIE

k) osobą korzystającą z PO PŻ TAK NIE

zakres wsparcia w danym projekcie powiela działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ TAK, powiela NIE, nie powiela

2. Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkującą w myśl Kodeksu Cywilnego powiat opoczyński w województwie łódzkim TAK NIE

3. Jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona pomocy, w tym pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości TAK NIE

4. Jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą pomocy zapewnić, w tym pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości TAK NIE

⁴ Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

Do osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem do mieszkań nie są zaliczane osoby dorosłe mieszkające z rodzicami, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.



5. Jestem osobą w rodzinie, rodzina nie może zapewnić mi odpowiedniej pomocy, w tym pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby, możliwości. TAK NIE

6. Jestem osobą niepełnosprawną lub osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej TAK NIE

7. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia TAK NIE

8. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE

9. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK NIE
W przypadku zamieszkiwania na obszarze wiejskim w niniejszym oświadczeniu należy obowiązkowo zaznaczyć odpowiedzi twierdzącą „TAK”

INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU FORMAMI WSPARCIA REALIZOWANYMI W PROJEKCIE
Oświadczam, że jestem zainteresowany/a następującymi formami wsparcia realizowanym w ramach projektu:

1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w średnim wymiarze 15 h/miesiąc TAK
2. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w średnim wymiarze 7 h/miesiąc TAK
3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, świadczone przez Fizjoterapeutę TAK
4. Usługi z zakresu dowożenia posiłków TAK
5. Korzystanie w okresie realizacji projektu z wypożyczalni sprzętu TAK

Wybrany sposób poinformowania o zakwalifikowaniu do projektu:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, numer projektu: RPLD.09.02.01-10-D008/22, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie,
2. zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” (numer projektu: RPLD.09.02.01-10-D008/22) oraz akceptuję zawarte w nim warunki,
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończenia 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.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuje:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a) Zarząd Województwa łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020,
- b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl

b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl

lub adres poczty biuro@fundacja-ostoja.pl.

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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.

5. Odbiorcą moich danych jest:

a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,

b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,

c) Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,

d) Beneficjent realizujący Projekt - FUNDACJA „OSTOJA” IMIENIEM SIOSTRY KLARYSKI STANISŁAWY Z OPOCZNA, ul. Westerplatte 2, 26-300 Opoczno

e) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu- brak.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji

Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
12. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez FUNDACJĘ „OSTOJA” IMIENIEM SIOSTRY KLARYSKI STANISŁAWY Z OPOCZNA dla celów informacyjnych, promocyjnych, związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy w szczególności osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



województwo
łódzkie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:	
---	--

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

1. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511) oraz w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm)- dotyczy osób niepełnosprawnych starających się o udział w projekcie
2. Dokumenty potwierdzające stan zdrowia i status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, np. zaświadczenie od lekarza, orzeczenie o niepełnosprawności poświadczające stan zdrowia, świadectwa lekarskie, dokumentacja medyczna, orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu wydane zgodnie z obowiązującymi przepisami- załączniki obowiązkowe dla wszystkich osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Uwaga

Dokumenty rekrutacyjne osoba starająca się o udział w projekcie uzupełnia i podpisuje samodzielnie, odręcznie, czytelnym pismem. W przypadku gdy o udział w projekcie jako osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu stara się osoba niepełnoletnia lub osoba, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne podjęcie świadomej decyzji, dopuszcza się podpisanie dokumentów rekrutacyjnych przez opiekuna prawnego/faktycznego danej osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



województwo
łódzkie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
DO PROJEKTU: „KOMPLEKSOWE USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU”, NR PROJEKTU: RPLD.09.02.01-10-D008/22**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PERSONALNE	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy⁵: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

3. Jestem osobą bierną zawodowo⁶ TAK NIE

W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE

W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE

4. Jestem osobą pracującą⁷ TAK NIE

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego

⁵ Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

⁶ Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

⁷ Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | <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, jaki? _____ | |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy):

POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Jestem osobą fizyczną ucząca się/pracującą/zamieszkującą w myśl Kodeksu Cywilnego powiat opoczyński w województwie łódzkim TAK NIE
2. Jestem opiekunem faktycznym, tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki TAK NIE
3. Jestem opiekunem faktycznym następującej osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (należy podać imię i nazwisko osoby niesamodzielnej):
4. Uzasadnienie potrzeby objęcia wsparciem projektowym:
- a) Jestem osobą korzystającą z PO PŻ TAK NIE
- zakres wsparcia w danym projekcie powiela działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ TAK, powiela NIE, nie powiela
- b) Należę do osób/rodzin zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego z powodu więcej niż 1 z przesłanek o których mowa w Rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020- tj. z powodu więcej niż 1 z przesłanek wskazanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” w § 1 w pkt. 3 w podpunkcie d) TAK NIE
- c) Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego TAK NIE
w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność
- w tym:
- osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności TAK NIE



- osobą z niepełnosprawnością sprzężoną TAK NIE
 - osobą z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi TAK NIE

d) Jestem osobą niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej TAK NIE

e) Wskazanie konieczności objęcia wsparciem w projekcie z innych przyczyn:

.....

5. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia TAK NIE

6. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE

7. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK NIE
W przypadku zamieszkiwania na obszarze wiejskim w niniejszym oświadczeniu należy obowiązkowo zaznaczyć odpowiedzi twierdzącą „TAK”

Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, numer projektu: RPLD.09.02.01-10-D008/22, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie,
2. zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” (numer projektu: RPLD.09.02.01-10-D008/22, oraz akceptuję zawarte w nim warunki,
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” zobowiązuję się, że:

1. 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.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuje:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
- b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl

b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl

lub adres poczty biuro@fundacja-ostoja.pl.

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Kompleksowe usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,



b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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.

5. Odbiorcą moich danych jest:

a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,

b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,

c) Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,

d) Beneficjent realizujący Projekt - FUNDACJA „OSTOJA” IMIENIEM SIOSTRY KLARYSKI STANISŁAWY Z OPOCZNA, ul. Westerplatte 2, 26-300 Opoczno

e) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu- brak.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.

9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
12. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez FUNDACJĘ „OSTOJA” IMIENIEM SIOSTRY KLARYSKI STANISŁAWY Z OPOCZNA dla celów informacyjnych, promocyjnych, związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i rzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy w szczególności osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

1. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511) oraz w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm)- dotyczy osób niepełnosprawnych starających się o udział w projekcie