



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:
„USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU”
NR PROJEKTU: FELD.07.09-IP.01-0057/24**

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

CZĘŚĆ 1- DANE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

DANE PERSONALNE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL/ Inny identyfikator: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	
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 wskazy wyżej 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 OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____

Projekt pn. „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”
(numer projektu: FELD.07.09-IP.01-0057/24) jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (należy zaznaczyć 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 OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (właściwie zaznaczyć):**

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

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną (osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych):
 TAK NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: 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 wykonuje następujący zawód:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego |
| <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):

¹ Osoba bezrobotna — osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja ta uwzględnia wszystkie osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajową definicją, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów wskazanych wyżej. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać również jako osoby bezrobotne. Osoby aktywnie poszukujące zatrudnienia to osoby zarejestrowane w urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy lub niezarejestrowane, lecz spełniające powyższe przesłanki, tj. gotowość do podjęcia pracy i aktywne poszukiwanie zatrudnienia.

² Osoba bierna zawodowo- osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.:

a) studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące;
b) dzieci i młodzież do 18 roku życia pobierający naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących;

c) doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie.

W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą. W przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, należy go wykazywać we wskaźniku dotyczącym osób bezrobotnych

³ Osoba pracująca-osoba:

a) w wieku od 15 do 89 lat, która: wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne, w tym osoba prowadząca działalność na własny rachunek;

b) posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje (ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie)

c) produkująca towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter.



**POZOSTAŁE INFORMACJE O OSOBE POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych
oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):**

1. Jestem:

a) 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 tym (w myśl Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w niniejszym projekcie):

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

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w którymś z powyższych punktów do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność/stopień niepełnosprawności/rodzaj niepełnosprawności/stan zdrowia

b) osobą korzystającą z programu FE PŻ- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy zaświadczenie/inny dokument potwierdzający korzystanie z FE PŻ TAK NIE

c) osobą zamieszkującą samotnie TAK NIE

d) obywatelem państwa trzeciego- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię paszportu, ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość/tożsamość i obywatelstwo/karty pobytu/ezwolenia na pobyt stały lub rezydenturę długoterminową UE/decyzji dotyczącej udzielenia ochrony międzynarodowej TAK NIE

e) osobą obcego pochodzenia - w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię paszportu, ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość/tożsamość i obywatelstwo/karty pobytu/ezwolenia na pobyt stały lub rezydenturę długoterminową UE/decyzji dotyczącej udzielenia ochrony międzynarodowej TAK NIE

f) osobą należącą do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie TAK NIE

g) osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością⁴- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy zaświadczenie o wymeldowaniu/wyrok sądu o eksmisji/zaświadczenie z placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności/oświadczenie w tym zakresie TAK NIE

⁴ osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością – osoba:

a) bezdomna w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, czyli osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowane na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania;

b) znajdująca się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu;

c) zagrożona bezdomnością - osoba znajdująca się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osoba bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osoba wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkująca mieszkanie i potrzebująca wsparcia w utrzymaniu mieszkania



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

2. Jestem osobą fizyczną zamieszkałą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na obszarze powiatu opoczyńskiego w województwie łódzkim TAK NIE

3. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu –tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego TAK NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy dokumenty potwierdzające ww. status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu- zaświadczenie, orzeczenie itp. zgodnie z zapisami REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU”

Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

- 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 OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU:**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że 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 „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, numer projektu: FELD.07.09-IP.01-0057/24, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” (numer projektu: FELD.07.09-IP.01-0057/24), akceptuję zawarte w nim warunki oraz deklaruję udział we wszystkich przewidzianych dla mnie formach wsparcia.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez - FUNDACJA „OSTOJA” IMIENIEM SIOSTRY KLARYSKY 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 Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027.

Data i czytelny podpis: _____

Klauzula informacyjna RODO

Szanowna/y Pani/Panie,
zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

- a) Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl,



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

- b) Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608, ul. Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: lowu@wup.lodz.pl.

2. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:

a) adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora,

b) adres e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:
 - Rozporządzeniem 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;
 - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
 - ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu)

6. Źródło Pani/Pana danych:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.

7. Odbiorcami/kategorią odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
- podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
- podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027/IP usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

8. Dane będą przechowywane przez okres:



5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

9. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
- przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany⁵;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

Zapoznałem/am się z powyższą klauzulą:

.....

.....

DATA

CZYTELNY PODPIS

SPECJALNE POTRZEBY OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU - 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:		

⁵ Jeśli dotyczy



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

CZĘŚĆ 2- DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

DANE PERSONALNE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL/ Inny identyfikator: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO	
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 OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (podać, jeśli jest inny niż wskazy wyżej 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 OPIEKUNA FAKTYCZNEGO	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____
OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (należy zaznaczyć 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 OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

(właściwie zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy⁶: TAK NIEW tym jestem osobą długotrwale bezrobotną (*osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych*): TAK NIE2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy⁶: TAK NIE3. Jestem osobą bierną zawodowo⁷: TAK NIEW tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIEW tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE4. Jestem osobą pracującą⁸ TAK NIEzatrudnioną 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:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego |
| <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 OPIEKUNIE FAKTYCZNYM – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Jestem:

a) obywatelem państwa trzeciego- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię paszportu, ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość/tożsamość i obywatelstwo/karty

 TAK NIE

⁶ Osoba bezrobotna — osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja ta uwzględnia wszystkie osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajową definicją, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów wskazanych wyżej. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać również jako osoby bezrobotne. Osoby aktywnie poszukujące zatrudnienia to osoby zarejestrowane w urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy lub niezarejestrowane, lecz spełniające powyższe przesłanki, tj. gotowość do podjęcia pracy i aktywne poszukiwanie zatrudnienia.

⁷ Osoba bierna zawodowo- osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.:

a) studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące;
b) dzieci i młodzież do 18 roku życia pobierający naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących;

c) doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie.

W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą. W przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, należy go wykazywać we wskaźniku dotyczącym osób bezrobotnych

⁸ Osoba pracująca-osoba:

a) w wieku od 15 do 89 lat, która: wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne, w tym osoba prowadząca działalność na własny rachunek;

b) posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje (ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie)

c) produkująca towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter.



pobytu/ezwolenia na pobyt stały lub rezydenturę długoterminową UE/decyzji dotyczącej udzielenia ochrony międzynarodowej

b) osobą obcego pochodzenia - w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię paszportu, ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość/tożsamość i obywatelstwo/karty pobytu/ezwolenia na pobyt stały lub rezydenturę długoterminową UE/decyzji dotyczącej udzielenia ochrony międzynarodowej TAK NIE

c) osobą należącą do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie TAK NIE

d) osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością⁹ - w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej „TAK”, do formularza zgłoszeniowego dołączyć należy zaświadczenie o wymeldowaniu/wyrok sądu o eksmisji/zaświadczenie z placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności/oświadczenie w tym zakresie TAK NIE

2. Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na obszarze powiatu opoczyńskiego w województwie łódzkim TAK NIE

3. Jestem opiekunem faktycznym (nieformalnym), tj. osobą opiekującą się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędącą opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki TAK NIE

Jestem opiekunem faktycznym następującej osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (należy podać imię i nazwisko osoby niesamodzielnej):

4. 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/stan zdrowia

Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji opiekuna faktycznego:

- 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 OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że 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 „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”, numer projektu: FELD.07.09-IP.01-0057/24, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” (numer projektu: FELD.07.09-IP.01-0057/24), akceptuję zawarte w nim warunki oraz deklaruję udział we wszystkich przewidzianych dla mnie formach wsparcia.

⁹ osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością – osoba:

a) bezdomna w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, czyli osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowane na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania;

b) znajdująca się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu;

c) zagrożona bezdomnością - osoba znajdująca się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osoba bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osoba wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkująca mieszkanie i potrzebująca wsparcia w utrzymaniu mieszkania



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez - FUNDACJA „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 Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027.

Data i czytelny podpis: _____

Klauzula informacyjna RODO

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

- a) Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl,
- b) Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608, ul. Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: lowu@wup.lodz.pl.

2. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:

- a) adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora,
- b) adres e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:
 - Rozporządzeniem 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;
 - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;



- ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
- ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu)

6. Źródło Pani/Pana danych:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.

7. Odbiorcami/kategorią odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
- podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
- podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027/IP usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

8. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

9. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
- przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany¹⁰;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

Zapoznałem/am się z powyższą klauzulą:

.....

.....

DATA

CZYTELNY PODPIS

¹⁰ Jeśli dotyczy



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

SPECJALNE POTRZEBY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO - 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:		

UWAGA!!!

Do formularza należy dołączyć wszystkie wymagane załączniki, wskazane w niniejszym formularzu oraz w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”