

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

*Ja, niżej podpisana/y:*

.....  
*(imię i nazwisko)*

**deklaruję chęć udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Seniora.” realizowanego przez Fundację Uskrzydleni Wiekami PMP.09.02.01-12-0010/18 jako**

Pacjent DDOM – wnioskuję o przyjęcie do DDOM

Opiekun/rodzina pacjenta DDOM: .....  
Imię i nazwisko pacjenta

*Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Seniora”  
Współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach  
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020  
9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,  
Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,  
Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie  
Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0010/18*

**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,  
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1	Kraj	
2	Imię	
3	Nazwisko	
4	PESEL	
5	Brak PESELU	Tak
6	Płeć	Kobieta Mężczyzna
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie:	gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe
Dane kontaktowe:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	

9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	
Dane dodatkowe:		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne
		osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: osoba długotrwale bezrobotna inne
		osoba bierna zawodowo w tym: inne osoba ucząca się osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
		osoba pracująca w tym: osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej inne osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo) osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
2	Wykonywany zawód	inny instruktor praktyczne nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego

	<p><b>INFORMACJA DODATKOWA:</b> wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>nauczyciel wychowania przedszkolnego pracownik kształcenia zawodowego pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej pracownik instytucji rynku pracy pracownik instytucji szkolnictwa wyższego pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej rolnik</p>
3	<p>Zatrudniony w:</p> <p><b>INFORMACJA DODATKOWA:</b> wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>Nazwa: .....</p> <p>Adres: .....</p>
4.	<p>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia Nie Odmowa podania informacji Tak</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań Tak Nie</p>

	<p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p>Nie</p> <p>Odmowa podania informacji</p> <p>Tak w tym:</p> <p>Stopień niepełnosprawności w stopniu znacznym i umiarkowanym</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <p>Nie</p> <p>Odmowa podania informacji</p> <p>Tak</p>
--	---

### Oświadczenia:

1. Oświadczam, że 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 FUNDACJĘ USKRZYDLEN IWIEKIEM w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „**Dzienny dom opieki Seniora**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w 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.

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym DDOM w ramach projektu „**Dzienny dom opieki Seniora**”, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.

5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

6. Oświadczam, iż spełniam **wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne)** uprawniające do udziału w projekcie „**Dzienny dom opieki Seniora**”.

7. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie

8. Oświadczam, że nie byłem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika tj

innego Dziennego Domu Opieki.

9. Oświadczam, że 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 także nie jestem osobą korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

10. Deklaruję że jestem osobą posiadającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

11. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie: Pani/Pa

.....  
będąca/będący dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....  
czytelny podpis Uczestnika projektu

.....  
Miejscowość i data

Adnotacje komisji rekrutacyjnej: Data .....	Przyjęcie  Brak przyjęcia
Liczba zdobytych punktów dodatkowych:	pkt
Osoba doświadczające wielokrotnego wykluczenia	pkt
osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	pkt

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Seniora.” nr RPMP.09.02.01-12-0010/18 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 „Dzienny Dom Opieki Medycznej Seniora.” nr RPMP.09.02.01-12-0010/18 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 – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacja Uskrzydleni Wiekiem ul. Rusznikarska 12a/10, 31-261 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Centrum Medyczne Szyce, Plac Wspólnoty 2, 32-085 SZYCE. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone<sup>1</sup> 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](mailto:iodo@umwm.malopolska.pl) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;

~~14. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji~~

~~15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy~~

~~16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)~~

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\***

*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.*

---

<sup>1</sup> Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju