



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn. **DRUGI DOM Ośrodek dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych**
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
Oś priorytetowa 11. *Włączenie społeczne* Działanie 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*

UWAGA: Wszystkie pola Formularza muszą zostać wypełnione, w pozostałych miejscach należy wpisać „ND” (nie dotyczy). Formularz powinien być opatrzony datą i czytelnie podpisany w wyznaczonych miejscach.

Tytuł projektu:	DRUGI DOM Ośrodek dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych
Partner Wiodący/Beneficjent:	Stowarzyszenie Integracji Rodzin PRZYSTAŃ w Chełmie
Partner:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa
Nr projektu/ okres realizacji:	RPLU.11.02.00-06-0051/20/ 1.03.2021-31.08.2023

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI										
Imię (imiona)										
Nazwisko										
PESEL										
Wiek		Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna							
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niepełne podstawowe brak ISCED 0 (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe ISCED 1 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> policealne ISCED 4 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe ISCED 5 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym tj. licencjackim, magisterskim lub wyższym)									

DANE KONTAKTOWE KANDYDATA/KANDYDATKI (adres zamieszkania wg Kodeksu Cywilnego ¹)			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Powiat/ gmina			
Województwo			
Adres e-mail		Telefon kontaktowy	

¹ Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16, poz. 93 z późn.zm.) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



DANE NAJBLIŻSZEGO CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA LUB INNEJ OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU											
Imię				Nazwisko							
Stopień pokrewieństwa/zależności											
DANE ADRESOWE/TELEFONICZNE											
Kod				-				Miejscowość			
Ulica				Nr domu/lokalu							
Województwo				Powiat							
Adres e-mail				Telefon kontaktowy							

Imię				Nazwisko							
Stopień pokrewieństwa/zależności											
DANE ADRESOWE/TELEFONICZNE											
Kod				-				Miejscowość			
Ulica				Nr domu, lokalu							
Województwo				Powiat							
Gmina				Adres e-mail							
Telefon stacjonarny								Tel. komórkowy			

STATUS	
Oświadczam, że jestem osobą zamieszkałą na terenie gminy miejskiej Chełm lub na terenie powiatu chełmskiego (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą:	<input type="checkbox"/> bierną zawodową ² , w tym <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> inne

² Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Osoby będące 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), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za bierne zawodowo. Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. Informacje dodatkowe: Dzieci i młodzież do 18 r. ż. są co do zasady uznawane za osoby bierne zawodowo, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących (tj. poszukują pracy lub podjęły pracę). Studenci studiów stacjonarnych, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) powinni być wykazywani jako osoby pracujące. Osobę w wieku emerytalnym (w tym osobę, która osiągnęła wiek emerytalny, ale nie pobiera świadczeń emerytalnych) oraz osobę pobierającą emeryturę lub rentę, która spełnia warunki definicji wskaźnika dot. osób bezrobotnych objętych wsparciem (tj. pozostaje bez pracy, jest gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukuje zatrudnienia) należy traktować jako bezrobotną. Doktorantów można uwzględniać we wskaźniku dot. biernych zawodowo, pod warunkiem, że nie są oni zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, należy traktować go jako osobę pracującą.

	<input type="checkbox"/> niezarejestrowaną w urzędzie pracy długotrwale bezrobotną ³ <input type="checkbox"/> niezarejestrowaną w urzędzie pracy – inne <input type="checkbox"/> zarejestrowaną w urzędzie pracy/ długotrwale bezrobotną ⁴ <input type="checkbox"/> zarejestrowaną w urzędzie pracy/ inne <input type="checkbox"/> aktywną zawodowo, pracującą w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> MŚP <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie
Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną na skutek niepełnosprawności, schorzeń lub podeszłego wieku i potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami⁵ <u>Należy załączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	
Oświadczam, że w związku z moją niepełnosprawnością, wymagam następujących uprawnień/ udogodnień/ dostosowania obiektu/sal	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakich:	
Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (Należy załączyć zaświadczenie z OPS lub innego urzędu)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Oświadczam, że jestem migrantem⁶, osobą obcego pochodzenia⁷, przynależę do mniejszości (w tym mniejszości narodowe i etniczne⁸)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi	

³ Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.

⁴ Jak wyżej

⁵ Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

⁶ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

⁷ Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski

⁸ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, lemowska, romska, tatarska

Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkania ⁹	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Znajduję się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. zamieszkuję na obszarach wiejskich, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/byłam więźniem narkomanem itp.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Oświadczam, że jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ¹⁰	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, tj. doświadczającą wykluczenia z powodu więcej niż 1 przesłanka ¹¹	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ¹²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

PREFEROWANE FORMY WSPARCIA (Proszę zaznaczyć X w odpowiedniej kratce; możliwy wybór tylko jednej opcji)
<input type="checkbox"/> opieka domowa świadczona w miejscu zamieszkania (należy dostarczyć zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności) – zakres wsparcia zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa
<input type="checkbox"/> pobyt w Ośrodku dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych w dni powszednie w godz. 8-17 – zakres wsparcia zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa

⁹ Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

¹⁰ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym: a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; c) osoby przebywające w pieczy zastępczej² lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969); e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.); f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytucznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze edukacji na lata 2014-2020; g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytucznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności; k) osoby korzystające z PO PŻ;

¹¹ Jak wyżej.

¹² Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, 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

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDAKI

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

Deklaruję chęć udziału w projekcie *DRUGI DOM. Ośrodek dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych*.

Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie oświadczam, że akceptuję warunki *Regulaminu*.

Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej), z zastrzeżeniem, że odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

W związku z kandydowaniem na Uczestnika projektu *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 (RPO WL).
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usług Projektu;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania;
6. moja zgoda obejmuje również przetwarzanie ww. danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się do 6 m-cy od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

Jestem świadomy/a, iż złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.



Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na
Uczestnika/Uczestniczkę lub Opiekuna
Prawnego Kandydatki/Kandydata

Data wpływu formularza: ____-____-____r.

.....
Podpis osoby przyjmującej formularz: