FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W RAMACH PROJEKTU *„KUJAWSKO-POMORSKA TELEOPIEKA ETAP I”*

REALIZATOR PROJEKTU: …… …… ……	Data wpływu formularza	……
	Wiek w momencie złożenia formularza zgłoszenia	……

DANE OSOBOWE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE			
Imię i nazwisko		Data urodzenia	

ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo		Kraj	
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI *(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)*			
Ulica		Numer domu/lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej			
Imię i nazwisko		Numer telefonu	

DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU - przy właściwym polu należy wstawić znak X

Jestem osobą*:

- ☐ ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;
- ☐ z niepełnosprawnością sprzężoną[1];
- ☐ z zaburzeniami psychicznymi;
- ☐ korzystającą z programu FE PŻ[3];
- ☐ zamieszkującą samotnie;
- ☐ z niepełnosprawnością intelektualną;
- ☐ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi[2];
- ☐ w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego).

* w celu weryfikacji dodatkowych informacji o Uczestniku należy przedłożyć dokumenty potwierdzające (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

DEKLARACJA FORMY WSPARCIA - przy właściwym polu należy wstawić znak X

Informuję, że w ramach projektu chcę skorzystać ze wsparcia w postaci:

POMOCY SĄSIEDZKIEJ	☐ TAK ☐ NIE	USŁUG TELEOPIEKI	☐ TAK ☐ NIE	POGŁĘBIONEJ ANALIZY STANU ZDROWIA	☐ TAK ☐ NIE

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Kujawsko-Pomorska Teleopieka Etap I" tj.:

- **Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[4] w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego[5] ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność*.**
- **Zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu cywilnego lub pracuję lub uczę się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.**

  W celu weryfikacji powyższego załączam wystawione na mnie i mój adres zamieszkania dokumenty zobowiązaniowe (np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu). Zostałem poinformowany, że w przypadku braku możliwości pozyskania powyższych dokumentów w celach weryfikacyjnych wystarczy oświadczenie.
- **Nie przebywam w opiece instytucjonalnej[6].**

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Realizatora projektu, do którego składam formularz zgłoszeniowy w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji Uczestników do Projektu.

Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu Projektu.

Data: **……**

Podpis: **……**

* Niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Realizator Projektu (wykaz Realizatorów: https://www.rops.torun.pl/projekty/projekty-realizowane/kujawsko-pomorska-teleopieka-etap-i/informacja-o-projekcie), Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mającego siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027), Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu oraz Instytucja Koordynująca Umowę (minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego).
2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iodo@rops.torun.pl.
3) Dane osobowe Uczestnika projektu przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021 – 2027 (FE KP) wyłącznie w celu realizacji projektu „Kujawsko- Pomorska Teleopieka Etap I", w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEKP.08.25.
4) Państwa dane mogą być przetwarzane przez podmioty prowadzące badanie ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu FEdKP, w tym w szczególności Instytucji zarządzającej oraz Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa (ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego) oraz inne podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5) Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3 (okres 5 lat liczonych od 31 grudnia roku, w którym zostanie dokonana płatność końcowa).
6) Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
7) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.
9) W odniesieniu do danych osobowych uczestnika decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art.22 RODO.

Data: **……**

Podpis: **…….**

[1] osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

[2] Całościowe zaburzenia rozwojowe - w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10.

[3] FE PŻ - Program Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa.

[4] Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, 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 (Zgodnie z definicją zawartą w Wytycznych Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027).

[5] Do podstawowych czynności życia codziennego należą kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowane wydalanie moczu i stolca (Zgodnie ze Skalą Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego - skala Katza (ADL).

[6] Zgodnie z zapisami Wytycznych dotyczących realizacji projektu z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021-2027 opieka instytucjonalna realizowana jest w szczególności w takich instytucjach jak dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.