.............................................

(data wpływu formularza)

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA –FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**W PROJEKCIE AKTYWNY I BEZPIECZNY SENIOR-USŁUGI OPIEKUŃCZE**

Projekt **AKTYWNY I BEZPIECZNY SENIOR-USŁUGI OPIEKUŃCZE** realizowanyze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi 9 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem **Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych,** realizowany przez Fundację Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy na podstawie umowy nr RPSW.09.02.01-26-0007/19-00

**I. INFORMACJE O KANDYTACIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I. | Dane osobowe | Imię/imiona |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Płeć |  | | |
| PESEL |  | | |
| Wiek |  | | |
| II. | Adres zamieszkania | Miejscowość |  | | |
| Ulica |  | | |
| Nr domu |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
| Gmina |  | | |
| Województwo |  | | |
| III. | Dane kontaktowe | Telefon kontaktowy |  | | |
| IV. | Wykształcenie (proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji) | wyższe |  | | |
| średnie |  | | |
| zawodowe |  | | |
|  |  | podstawowe |  | | |
| V. | Status uczestnika projektu z chwilą przystąpienia do projektu |  | | TAK | NIE |
| 1.osoba należąca do mniejszości narodowej  lub etnicznej, migrant, osoba obcego  pochodzenia | |  |  |
| 2.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |  |  |
| 3. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ( inne niż wymienione powyżej) | |  |  |
| VI | Miesięczny dochód (w przeliczeniu na osobę w zł) |  | | | |

**II. KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (proszę zaznaczyć właściwe wstawiając znak X)**

1. **KRYTERIA FORMALNE - OBOWIĄZKOWE**

a) przynależność do grupy osób niepełnosprawnych\* niesamodzielnych\*\* (konieczność potwierdzenia statutu kserokopią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)

b)osoba zamieszkująca tereny wiejskie gminy Pierzchnica (weryfikacja na podstawie oświadczenia)

c) osoba z ukończonym 60 rokiem życia (weryfikacja na podstawie oświadczenia)

**\*Niepełnosprawność** – oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy (USTAWA z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Art.2 , pkt.10) .Ustala się trzy stopnie niepełnosprawności, które stosuje się do realizacji celów określonych ustawą: 1) znaczny; 2) umiarkowany; 3) lekki

**\*\*Osoba niesamodzielna** – 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.

**2. KRYTERIA PREMUJACE**

a) osoba z niepełnosprawnością i niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na członka rodziny

b) osoba niesamodzielna z orzeczeniem o co najmniej II stopniu niepełnosprawności

**III. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:**

1. Deklaruję wolę uczestnictwa w projekcie **AKTYWNY I BEZPIECZNY SENIOR-USŁUGI OPIEKUŃCZE** i oświadczam, że spełniam kryteria wymagane do udziału w projekcie.

2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin placówki w ramach projektu: **AKTYWNY I BEZPIECZNY SENIOR-USŁUGI OIEKUŃCZE**, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.

3. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję wolę uczestnictwa w poszczególnych działaniach projektu.

4. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt **AKTYWNY I BEZPIECZNY SENIOR-USŁUGI OPIEKUŃCZE** jest współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny Poddziałanie 9.2.1. „Rozwój wysokiej jakości usług społecznych”

5. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym formularzu rekrutacyjnym informacje są prawdziwe.

*......................................................*

*Data, czytelny podpis Kandydata*

**Załącznik nr 1**

**IV. OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisany (a) …………………………………………………....(imię i nazwisko) urodzony (a)……………………… . (data urodzenia), oświadczam, że:

- jestem osobą w wieku 60 lat i więcej.

- zamieszkuję tereny wiejskie gminy Pierzchnica.

- nie jestem uczestnikiem innych projektów i nie korzystam z form wsparcia współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.............................................. ..............................

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

*Wypełnia Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy*

**V. DECYZJA REKRUTACYJNA :**

Kandydat spełnia/ nie spełnia \* kryteria obowiązkowe.

Kandydat spełnia/ nie spełnia \* kryteria dodatkowe

Kandydat został/ nie został \* zakwalifikowany do udziału w projekcie.

Liczba uzyskanych punków z kryteriów dodatkowych............

Kandydat został/ nie został \* umieszczony na liście rezerwowej.

Data ….........................................

Podpis Koordynatora Projektu

Aktywny i bezpieczny Senior-Usługi opiekuńcze ….........................................

Podpis Asystenta Koordynatora Projektu

Aktywny i bezpieczny Senior-Usługi opiekuńcze ….........................................

***Załączniki do formularza:***

Oświadczenie uczestnika Projektu – załącznik nr 8

**Załącznik nr 8**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Aktywny i bezpieczny Senior-Usługi opiekuńcze** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce*;*
  2. administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
  3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:

1. udzielenia wsparcia,
2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
3. monitoringu,
4. ewaluacji,
5. kontroli,
6. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
7. sprawozdawczości,
8. rozliczenia projektu,
9. zachowania trwałości projektu,
10. archiwizacji.
    1. 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 z dnia 27 kwietnia 2016 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 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
    2. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - **Fundacji Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu-**nie dotyczy**. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
    3. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, **upoważnionym** przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postepowań administracyjnych.
    4. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
    5. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
    6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu **Aktywny i bezpieczny Senior-Usługi opiekuńcze** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
    7. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

1. [↑](#footnote-ref-1)