*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do Klubu Seniora w projekcie pn. „Pomocna Dłoń -   
usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców   
Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia Biuro ds. Rekrutacji | Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W KLUBIE SENIORA**

**„Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców**

**Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA**  **(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ** |  | | |
| **NAZWISKO** |  | | |
| **PESEL** |  | **DATA URODZENIA** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  | **E-MAIL(jeśli posiadasz)** |  |
| **POWIAT** |  | **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD POCZTOWY** |  |
| **ULICA/NR BUDYNKU/NR LOKALU** |  | | |

***II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W KLUBIE SENIORA (kryteria włączenia)***

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.** *Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie* ***MUSI*** *PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:*

* Mieszkam na terenie Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego.
* Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
* Nie korzystałam/em z podobnego typu wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO KLUBU SENIORA ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sytuacja rodzinna** | **Tak** | **Nie** |
| Osoba samotna/ osoba samotnie gospodarująca |  |  |
| Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną? |  |  |
| Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy? |  |  |
| Czy osoba posiada sąsiadów z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sytuacja opiekunów prawnych/faktycznych osoby niesamodzielnej** | | **Tak** | **Nie** |
| Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego | |  |  |
| Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej | |  |  |
| Jeżeli nie proszę podać z jakich przyczyn…………………………………………………….  ………………………………………………………………...... | |  |  |
| Czy opiekun pracuje? W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun  ………………………………………………………………………………………………… | | | |
| **Dane kontaktowe do opiekunów/ członków rodziny:** | | | |
| *Imię nazwisko……………………………………………………..*  *adres………………………..…………………………*  *telefon kontaktowy………….…………………..………* | *Imię nazwisko……………………………………………………..*  *adres………………………..…………………………*  *telefon kontaktowy………….…………………..………* | | |

***CZĘŚĆ IV- OŚWIADCZENIA***

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;

2. Zapoznałam/zapoznałem się z ***Regulaminem rekrutacji do Klubu Seniora w ramach projektu*** „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”*,*akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;

3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie,* uprawniające mnie do udziału w ww. działaniu;

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. z ustawą Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) oraz ROZPORZĄDZENIEM 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).Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego o na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Łódzkiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Łodzi, al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. c) lub art. 9 ust. 2 lit. b) 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, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, a także:

1) Rozporządzenie 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) Rozporządzenie 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) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017r. poz.1460 z późn. zm.);

4) Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. 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; Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu   
i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (RPO WŁ). Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Łodzi przy ul. Wólczańskiej 49, 90-608 Łódź, Beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacji 4Future z siedzibą w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19, 90-349 Łódź, w imieniu którego działa Prezes oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19, 90-349 Łódź, w imieniu którego działa Prezes Konrad Jaszczyński i

Fundacji Gajusz, z siedzibą przy ul. Dąbrowskiego 87, 93-271 Łódź w imieniu której działa Wiceprezes Fundacji Gajusz Anna Rajską-Rutkowską. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego , Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”.

1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia

Przetwarzania;

2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;

3) przenoszenia danych;

4) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego;

Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne   
i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego**”**. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego**”.**

5) Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;

6. Przedstawione przeze mnie w niniejszym *formularzu zgłoszeniowym* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

……………………………………………………………………………

miejscowość, data

czytelny podpis Kandydata/Kandydatki   
 lub opiekuna prawnego\*

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego