Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn.*. „Przepis na Opiekę”*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia HRP Care Sp. z o.o. | Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

***FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE***

**Pn. „Przepis na Opiekę”**

***I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA**  **(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ** |  | | |
| **NAZWISKO** |  | | |
| **WZROST** |  | | |
| **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 PROJEKCIE (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: m. Łódź, powiat brzeziński, powiat łódzki wschodni, powiat pabianicki, powiat zgierski
* 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.

**Warunkiem niezbędnym do zakwalifikowania się do projekcie jest przedłożenie oświadczenia o niesamodzielności wg. zmodyfikowanej skali Barhel (załącznik nr 6 do Regulaminu Rekrutacji).**

***CZĘŚĆ III – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DLA CENTRUM TELEOPIEKI***

**OPIS SYTUACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych/teleopieki** *(choroby np. sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie/uczulenia, astma, inne …; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne)*  **………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Informacje o niepełnosprawności:** Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?   * **Tak** * **Nie**   **Jeśli tak proszę podać:**  stopień niepełnosprawności *(niewłaściwe skreślić)* : *lekki* / *umiarkowany / znaczny*  rodzaj dysfunkcji: ……………………………………………………………………………………………………  Orzeczenie zostało wydane *(niewłaściwe skreślić)* na *stałe*/*czas określony* do dnia ……… |
| **Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:**  *Imię nazwisko* …………………………………………..……………………………………………………………….  *adres przychodni* ………………………..………………………………………………………………………………  *telefon kontaktowy…………………………………………..……………….…………………………………………..* |

**OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU 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 niesamodzielniej mieszka opiekun  ………………………………………………………………………………………………… | | | |
| **Dane kontaktowe do opiekunów/ członków rodziny:** | | | |
| *Imię nazwisko……………………………………………………..*  *adres………………………..…………………………*  *telefon kontaktowy………….…………………..………* | *Imię nazwisko……………………………………………………..*  *adres………………………..…………………………*  *telefon kontaktowy………….…………………..………* | | |

*podst. pr.*

*art. 6 ust. 1 a RODO – zgoda osoby, której dane dotyczą*

*art. 6 ust. 1 d RODO – przetwarzanie danych dla ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą*

*\*dla skutecznego skorzystania z danych kontaktowych do opiekunów/członków rodziny podanych przez uczestnika Projektu, należy dodatkowo przedstawić pisemną zgodę osoby, której dane uczestnik Projektu podał –*

*Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach związanym z realizacją umowy świadczenia usług teleopiekuńczych w ramach projektu pn. „Przepis na Opiekę”*

***IV CZĘŚĆ- OŚWIADCZENIA***

*Oświadczam, że:*

*1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie Przepis na Opiekę i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;*

*2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie Przepis na Opiekę wraz z załącznikami , akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;*

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

*4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. z 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).*

*5.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.*

*6.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.*

*7.Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi:*

*- art. 6 ust. 1 lit. c) lub/i art. 9 ust. 2 lit. b) i 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, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020*

*-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;*

*- 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;*

*- 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.);*

*- 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;*

*8.Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Przepis na Opiekę”, 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).*

*9.Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Łodzi przy ul. Wólczańskiej 49, 90-608 Łódź, Beneficjentowi realizującemu projekt – HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19, 90-349 Łódź, w imieniu którego działa Prezes oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – Miejskiemu Centrum Medycznemu im. Dr Karola Jonschera, ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź, reprezentowanym przez Dyrektora , Fundacji Wiosna – Jesień z siedzibą w Łodzi przy ul. Stefana Żeromskiego 15/3B, 90-711 Łódź reprezentowanym przez Prezesa Zarządu oraz Fenix Poland Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Litewskiej 6, 91-481 Łódź reprezentowanym przez Prezesa Zarządu.*

*10.Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego , Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.*

*11.Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM.*

*12.Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Przepis na Opiekę”, chyba, że potrzeba realizacji dodatkowych zadań i czynności w ramach projektu uzasadnić będzie inny lub dodatkowy okres przetwarzania danych.*

*13.Mam świadomość prawa do:*

*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;*

*14.Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Przepis na Opiekę”. W przypadku ich niepodania, osoba nie będzie mogła być objęta projektem „Przepis na Opiekę”.*

*15. Przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia zobowiązuję się do złożenia oświadczenia, zgodnego z wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Przepis na Opiekę”.*

*16. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;*

*17. 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*

*\*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 7 ust.20 Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa*

*w projekcie*