

**Wypełnia Realizator Projektu**

Data wpływu	
Nr ewidencyjny	
Formularz poprawny formalnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Kandydat kwalifikuje się do udziału w projekcie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA
KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM
OPIEKUN FAKTYCZNY /JEGO OTOCZENIE/
KANDYDAT/PACOWNIK SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**
w ramach projektu
„Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS”
Numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23

0	Grupa docelowa	<p>Pouczony(-a) i świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż przystępuję do Projektu jako:</p> <p><input type="checkbox"/> Opiekun faktyczny (nieformalny) – czyli, osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego ze względu na wiek i /lub stan zdrowia i/lub niepełnosprawność, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz</p> <p><input type="checkbox"/> Otoczenie opiekunów faktycznych (nieformalnych) - czyli jestem osobą spokrewnioną lub niespokrewnioną, wspólnie zamieszkującą, gospodarującą z opiekunem faktycznym (nieformalnym). lub</p> <p><input type="checkbox"/> Kandydat/Pracownik sąsiedzkich usług opiekuńczych, czyli jestem osobą, która:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jest pełnoletnia; 2) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są/będą świadczone usługi sąsiedzkie; 3) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są/będą świadczone usługi sąsiedzkie; 4) posiadającą zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług; 5) zamieszkuje w najbliższej okolicy osoby, na rzecz której są/będą świadczone usługi sąsiedzkie;
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie



		<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju spoza UE / osoba bezpaństwa
4	PESEL	
5	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2, tj. niższe niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) lub policealne (ISCED 3-4) <input type="checkbox"/> wyższe – ISCED 5-8
8	Miejsce zamieszkania	Kraj: Polska Województwo: zachodniopomorskie Powiat Gmina..... Miejscowość..... Kod pocztowy/ poczta-..... Ulica (nr domu/lokalu)
9	Telefon kontaktowy	
10	Adres e-mail	
11	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna (zarejestrowana lub niezarejestrowana w PUP) w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna (zarejestrowana w PUP) <input type="checkbox"/> inne (np. osoba niepracująca niezarejestrowana, osoba poszukująca pracy) <input type="checkbox"/> osoba bierna (nieaktywna) zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)



		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
13	Status w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> osoba z państwa trzeciego (państwa innego niż członkowie UE) <input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych (<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi) <input type="checkbox"/> osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi) <input type="checkbox"/> nie dotyczy
14	Status w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami w tym: <input type="checkbox"/> osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności <i>(wymagane załączenie kopii orzeczenia/opinii specjalisty/ki)</i> <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi <input type="checkbox"/> nie dotyczy
15	Oświadczenia	<p>Pouczony(-a) i świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie informacji zawartych w niniejszym formularzu, jak również w dołączonych do niego dokumentach, • oświadczam, że zapoznałem(-am) się z Regulaminem udziału w Projekcie pn. „Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS” numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23 dofinansowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 Działanie 6.18 Rozwój usług społecznych, w tym świadczonych w społeczności lokalnej typ 1-2, • jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art. art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje • oświadczam, że zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach danych w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.
16	Deklaracja uczestnictwa w projekcie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS” Numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23 (dalej Projekt) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS oraz z budżetu państwa w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Działanie 6.18 i zobowiązuję się do wypełniania obowiązków uczestnika(-czki) wynikających z Regulaminu udziału w Projekcie. 2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności grupy docelowej uprawiające mnie do udziału w Projekcie.



		<p>3. Zobowiązuję się do powiadomienia Fundacji Nauka dla Środowiska z wyprzedzeniem o konieczności rezygnacji z udziału w Projekcie.</p> <p>4. Zobowiązuję się do:</p> <ol style="list-style-type: none"> uczestnictwa w proponowanym wsparciu; wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu; udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu; informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem. <p>5. Zostałam/em poinformowany, że przysługuje mi:</p> <ol style="list-style-type: none"> udział w bezpłatnych formach wsparcia określonych w Regulaminie udziału w Projekcie, inne - zgodnie z ofertą Projektu. <p>6. Zostałam/łam poinformowany/na, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Działanie 6.18 Rozwój usług społecznych, w tym świadczonych w społeczności lokalnej typ 1-2</p> <p>7. Zostałam poinformowany o braku możliwości jednoczesnego otrzymywania wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+. Jednocześnie oświadczam, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ oraz że nie biorę udziału obecnie w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.</p> <p>8. Zapoznałam/łam się z Regulaminem udziału w projekcie: Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS” Numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23</p> <p>9. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie</p> <p>10. Przyjmuję do wiadomości, że: Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu: Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS” Numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno - promocyjnych w ramach Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Podanie danych przez kandydata/kę na uczestnika projektu jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Projekcie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.</p>
17	Data	
18	Podpis	
19	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych	Oświadczam, że zapoznałam/am się z klauzulą informacyjną oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w toku realizacji projektu oraz w okresie jego trwałości przez Administratora Danych Osobowych.
20	Data	
21	Podpis	



Załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego ver. 1

KLAUZULA INFORMACYJNA

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Fundacja Nauka dla Środowiska, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
 - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizyjowej;
 - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.



8. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
 - a) iod@ndsfund.org,
 - b) iod@wup.pl.
 9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
 10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
 11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
 12. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z powyższą klauzulą informacyjną.

Miejscowość.....

Data...../...../.....r.



Załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego ver. 1

KARTA UDZIELONEGO WSPARCIA UCZESTNIKA PROJEKTU
„Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS”
Numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23

I	Udzielone wsparcie	1.	Data rozpoczęcia udziału w Projekcie	
		2.	Data zakończenia udziału w Projekcie	
II	Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu			
II	Z jakich form wsparcia skorzystał uczestnik	<input type="checkbox"/> Poradnictwo/doradztwo indywidualne Specjalisty ds. wsparcia opiekunów faktycznych i ich otoczenia (Zgodnie z listą punkt IV niniejszej karty) <input type="checkbox"/> Doradztwo specjalistyczne dla opiekunów faktycznych i ich otoczenia w tym np. prawne, pielęgniarские, psychologiczne, rehabilitacyjne (Załącznik karta doradztwa specjalisty) <input type="checkbox"/> Szkolenia (Załącznik lista obecności ze szkolenia) <input type="checkbox"/> Pomocnik domowy: Okres wsparcia od..... do (Załącznik karta czasu pracy wolontariusza)		
III	Zakres merytoryczny (przebieg/program/)			

IV Oświadczenia/Podpisy – Dotyczy Poradnictwa Indywidualnego

Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, są prawdziwe.

Data wsparcia	Podpis Uczestnika Projektu

.....
Podpis/y specjalisty/ów - prowadzącego