



ZALACZNIK NR 1

do Regulaminu Uczestnictwa w Projekcie GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Wszystkie pola Formularza muszą być wypełnione a w miejscach, w których nie dotyczy należy wpisać „nie dotyczy”.

Formularz powinien być opatrzony datą i czytelnie podpisany w wyznaczonych miejscach.

Formularz powinien być trwale spięty.

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 - 2020 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW
Nr Projektu: RPLU.11.02.00-06-0090/20
Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne
Działanie: 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne
Realizacja projektu: Dariusz Osiak „Biuro Przygotowywania Projektów i Zarządzania Funduszami UE” w partnerstwie z Fundacją Współpracy i Rozwoju INCEPTUM, BIO-RELAX Centrum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością oraz Gminą Kazimierz Dolny

DANE OSOBOWE	
Imię (imiona)	Nazwisko
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Ulica	
Nr domu / Nr mieszkania	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Poczta	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
DANE KONTAKTOWE	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Oświadczam, że:

Projekt „GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW”
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 11 Włączenie społeczne 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020
NR PROJEKTU: RPLU.11.02.00-06-0090/20

Spełniam kryteria formalne projektu:

- Zamieszkuję na terenie Gminy Kazimierz Dolny
- Mam ukończone 60 rok życia

<i>Dane dodatkowe</i>	<p>Oświadczam, że należę do (kryteria formalne):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> grupy osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym m.in. osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami (w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi); <input type="checkbox"/> grupy osób niesamodzielnych o ile mieszczą się w katalogu osób wskazanym w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020; <input type="checkbox"/> otoczenia osób wykluczonych społecznie, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym; <input type="checkbox"/> rodziny dysfunkcyjnej. <p>Oświadczam, że jestem: (kryteria merytoryczne):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osobą lub należę do rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 – 5 pkt.; <input type="checkbox"/> osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 5 pkt.; <input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) – 5 pkt.; <input type="checkbox"/> osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej- 5 pkt.; <input type="checkbox"/> osobą z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego- 4 pkt.; <input type="checkbox"/> osobą lub należę do rodziny korzystającej z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 – 4 pkt. <input type="checkbox"/> osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020. (4 pkt).
-----------------------	---



	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <i>(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi, że jest się osobą z niepełnosprawnością należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności).</i> <i>Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Z. 2018 r., poz. 1878, z późn. zm), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</i>
--	---

Wykształcenie:

- Wyższe
- Policealne
- Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum)
- Zasadnicze zawodowe
- Gimnazjalne
- Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
- Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa)

.....
 miejscowości data

.....
 czytelny podpis osoby składającej oświadczenie



OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o udział w Projekcie GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW, oświadczam, że:

- 1) Zgłaszam chęć udziału w Projekcie GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW współfinansowanym ze środków w Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
- 2) Zostałam/Zostałem poinformowana/y, że projekt GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020.
- 3) Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
- 4) Oświadczam, iż zapoznałam się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/uprawniony do uczestnictwa w nim.
- 5) Zostałam/Zostałem poinformowana/y, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- 6) Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
- 7) Zostałam/Zostałem poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
- 8) Uprzedzona/ uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 9) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Wnioskodawcę projektu na potrzeby rekrutacji.

.....
miejscowości data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/ny, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Lubelskiego / Marszałek Województwa Lubelskiego w ramach RPO WL 2014-2020, z siedzibą przy ul. Grottgera 4, 20-029 Lublin.
- 2) Moje dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z projektem, w szczególności z przeprowadzeniem procesu rekrutacji.
- 3) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji, a tym samym udziału w projekcie.
- 4) Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie



- Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie i wykorzystanie mojego wizerunku dla potrzeb realizacji projektu *GMINA KAZIMIERZ DOLNY DLA SENIORÓW*.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r, poz. 1781) oraz zgodnie 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 (RODO).

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie