FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU   
(OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gmina Mysłakowice** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł projektu:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **„Wsparcie osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice ”** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie  (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | | | | ISCED 5-8 Wyższe | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 4 Policealne | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 2 Gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 1 Podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 0 Brak | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Dane kontaktowe uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gmina | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**  Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**  Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **W tym długotrwale bezrobotny**  Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:  - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).  - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **Bierny zawodowo**  Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **W tym osoba ucząca się** | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| **Osobą pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)**  Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) , powinni być wykazywani jako osoby pracujące. | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | Nie | |  | | | | |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| inne | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w MMŚP | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Zatrudniony w:**  Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykonywany zawód:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Rolnik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy  i integracji społecznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Inny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**  (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | Nie | | | | |  | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)  2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak | |  | | | | | | Nie | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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. 1994 nr 111, poz. 535), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | Nie | | | | |  | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**  Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.  (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | Nie | | | | |  | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne** |
| **Oświadczam, iż:**   * Jestem osobą zamieszkałą w woj. dolnośląskim na terenie Gminy Mysłakowice w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego * Jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego[[1]](#footnote-1);[[2]](#footnote-2) * Jestem osobą:   + samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości lub osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu ww. ustawy, ,gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystująć uprawnienia, zasoby i możliwości lub   + osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy z wykorzystaniem uprawnień, zasobów i możliwości |

…………………………… …………………………..

Miejscowość, data Podpis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | **Kryteria premiujące** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i/lub niepełnosprawną a mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej |  |  | **20 pkt** |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego lub jestem osobą z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającej wielokrotnego wykluczenia społecznego |  |  | **15 pkt** |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi |  |  | **15 pkt** |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa lub osobą z rodziny korzystającej z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa i zakres wsparcia, który otrzymam w projekcie nie będzie powielał działań, które otrzymuję lub który moja rodzina  otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ |  |  | **15 pkt** |
| Jestem kobietą |  |  | **2 pkt** |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Wsparcie dla osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice” realizowanym przez Gminę Mysłakowice w ramach Działania 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne, Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** | | |
| Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat: | **Usługi opiekuńcze i bytowe w placówce całodobowego pobytu** |  |
| **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** |  |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** |  |
| **Usługi asystenckie dla osób niepełnosprawnych** |  |

…………………………… …………………………..

Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, iż ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność nie jestem w stanie wykonać co najmniej jednej czynności dnia codziennego, w związku z czym jestem osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
2. W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Wsparcie osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice” realizowanym przez Gminę Mysłakowice w ramach Działania 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne, Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu [www.gops.myslakowice.pl](http://www.gops.myslakowice.pl) .
3. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
4. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
5. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
6. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

………………………………………………..

data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Wsparcie osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice”oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Dolnośląskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego z  siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu przy ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 (dalej: Instytucja Zarządzająca).
* Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
* Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie 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 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z  realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WD 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WD 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
* Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
* Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
* Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
* Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Wsparcie dla osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice” w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014-2020.
* Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Dolnośląskiemu Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy z Filią we Wrocławiu al. Armii Krajowej 54, 50-541 Wrocław, Beneficjentowi realizującemu projekt – Gmina Mysłakowice, ul. Szkolna 5, 58-533 Mysłakowice (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w  realizacji projektu - „Wsparcie dla osób niesamodzielnych w Gminie Mysłakowice” nr: RPDS.09.02.01-02-0017/19 , Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska – Partner projektu (nazwa i adres ww. podmiotów)\*\*.
* Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej/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 RPO WD 2014-2020.
* Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
* Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014-2020, w  szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej/Pośredniczącej RPO WD lub Beneficjenta \*\*.
* Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z  realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
* W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w  przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
* Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
* Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu / Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu\*\*\*.
* Po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w  zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)\*\*\*\*.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

…..……………………………………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[3]](#footnote-3)*

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik** |  |
| Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę.[[4]](#footnote-4) |  |
| Zaświadczenie od lekarza/Oświadczenie Uczestnika Projektu o potrzebie świadczenia usług opiekuńczych |  |
| Zaświadczenie od lekarza o potrzebie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych *– (dotyczy osób ubiegających się o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych)* |  |
| Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – *(dotyczy osób z niepełnosprawnościami)* |  |
| Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – *(dot. osób niepełnoletnich)* |  |
| Upoważnienie do dokonywania w imieniu uczestnika projektu i na jego rzecz czynności formalnych związanych z udziałem w projekcie *(dotyczy uczestników projektu, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie składać samodzielnie oświadczeń)* |  |

1. Odbiorcami usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i/lub niepełnosprawne. Pomoc przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób i może być przyznana: a) osobie samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;

   b) osobie samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;

   c) osobie w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3.  W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”. [↑](#footnote-ref-4)