



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

<b>Tytuł projektu</b>	„Jestem, pamiętam”
<b>Numer projektu</b>	RPLU.11.02.00-06-0143/20
<b>Oś priorytetowa Działanie</b>	<b>Oś 11: WŁĄCZENIE SPOŁECZNE</b> <b>Działanie: 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne</b>
<b>Priorytet inwestycyjny 9iv</b>	<b>Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym</b>

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami **WSZYSTKIE BIAŁE POLA** oraz **ZAZNACZYĆ** odpowiedni kwadrat

DANE UCZESTNIKA										
<b>Imię (imiona) i nazwisko</b>										
<b>Pesel</b>										
<b>Miejsce urodzenia</b>					<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				
<b>Adres zamieszkania (adres zamieszkania wg Kodeksu cywilnego<sup>1</sup>)</b>	Miejscowość .....									
	Ulica ..... Nr budynku ..... Nr lokalu .....									
Kod pocztowy ..... Gmina .....										
Powiat ..... Województwo .....										
Kraj .....										
<b>NIE WYPEŁNIAĆ (wypełnia Organizator)</b>										
<b>Obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA)<sup>2</sup></b>										
<input type="checkbox"/> obszary średnio zaludnione (wiejskie)										
<input type="checkbox"/> tereny pośrednie(miasta, przedmieścia)										
<input type="checkbox"/> tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie)										
<b>Telefon kontaktowy</b>					<b>Adres e-mail</b>					

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

<sup>2</sup> Zgodnie z klasyfikacją DEGURBA jednostki przestrzenne przyporządkowane są do następujących kategorii: słabo zaludnione, pośrednie, gęsto zaludnione. Założenia metodologiczne DEGURBA opierają się na kryterium gęstości zaludnienia i minimalnej liczby ludności. Zaklasyfikowanie terenów jako: obszary słabo zaludnione (wiejskie) - 50% ludności zamieszkuje obszary wiejskie; pośrednie (miasta, przedmieścia) – poniżej 50 % ludności zamieszkujące obszary wiejskie i poniżej 50 % ludności obszary o długiej gęstości zaludnienia; tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) – przynajmniej 50 % zamieszkuje obszary gęsto zaludnione.

<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> <b>brak</b> ( <i>brak formalnego wykształcenia</i> ) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i> ) (ISCED 1) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i> ) (ISCED 2) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej</i> ) (ISCED 3) <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej</i> ) (ISCED 4) <input type="checkbox"/> <b>wyższe krótkiego cyklu</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu</i> ) (ISCED 5) <input type="checkbox"/> <b>wyższe licencjackie</b> (ISCED 6) <input type="checkbox"/> <b>wyższe magisterskie</b> (ISCED 7) <input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (ISCED 8)
<b>Informacje dodatkowe</b>	
<b>Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych, jaka ..... <input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów, jakie ..... <input type="checkbox"/> inne, jakie .....

<b>STATUS NA RYNKU PRACY</b>	
Oświadczam, że jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo <sup>3</sup> :	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną. <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>3</sup> Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca 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), uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

<sup>4</sup> Osoba bezrobotna niezarejestrowana (tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za os. bierne zawodowo.

<sup>5</sup> Osoba bezrobotna zarejestrowana tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy. Są to zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu BAEL, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne.

<sup>6</sup> Osoba długotrwale bezrobotna to osoba: Dorośli (25 lat lub więcej) pozostaje osobą bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

INNE DANE MONITORUJĄCE	
Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej <sup>7</sup> , jestem migrantem <sup>8</sup> , osobą obcego pochodzenia <sup>9</sup> (dane wrażliwe) <sup>10</sup>  <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności <sup>11</sup> (należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności) lub zaświadczenie lekarskie (dane wrażliwe)  <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą wykluczoną społecznie (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Znajduję się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np.: posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem, jestem osobą zamieszkującą teren wiejski itp. (dane wrażliwe):  <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. <sup>12</sup> (dane wrażliwe):  <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu <sup>13</sup> (dane wrażliwe):  <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego ( <b>na osobę samotnie gospodarującą 1 164,00 zł lub na osobę w rodzinie 900,00 zł/osobę</b> ), o którym mowa w ustawie z dn.12.03.2004r. o pomocy społecznej (dane wrażliwe):  <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>7</sup> Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska zaś mniejszości etniczne to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>8</sup> Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

<sup>9</sup> Cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

<sup>10</sup> Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

<sup>11</sup> Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu 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 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1878).

<sup>12</sup> Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową, bez miejsca zamieszkania, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie; nieodpowiednie warunki mieszkaniowe.

<sup>13</sup> Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020.

#### WYBÓR WSPARCIA W PROJEKCIE:

zajęcia i formy wsparcia w ramach Klubu Seniora

wsparcie w zakresie usług asystenckich

#### Oświadczam, iż:

- Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie **„Jestem, pamiętam”** współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach RPO WL 2014-2020, w ramach Osi 11: Włączenie społeczne, Działanie 11.2: Usługi społeczne i zdrowotne realizowanym przez **Joanna Mirowska-Wieczorek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychosomatycznego VIAMED**, ul. Sławinkowska 120a, 20-810 Lublin, NIP 712-155-36-12,
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta Projektu – **Joanna Mirowska-Wieczorek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychosomatycznego VIAMED**, ul. Sławinkowska 120a, 20-810 Lublin, NIP 712-155-36-12, o zmianach danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status),
- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- Deklaruję uczestnictwo w całym wsparciu w ramach ww. projektu, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Beneficjenta Projektu,
- Oświadczam, że zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „Jestem, pamiętam” nie będzie powielał działań, które otrzymałem/otrzymałam lub otrzymuję z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.
- Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz danych dotyczących stanu zdrowia,
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu.

Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez: Beneficjenta projektu - **Joanna Mirowska-Wieczorek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychosomatycznego VIAMED**, ul. Sławinkowska 120a, 20-810 Lublin, NIP 712-155-36-12 w celu uczestnictwa w projekcie „**Jestem, pamiętam**” nr umowy o dofinansowanie: **RPLU.11.02.00-06-0143/20-00**.

1. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
(data i podpis)

### Klauzula informacyjna

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

- 1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,**
- 2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.**

**I. W związku ze złożeniem dokumentów rekrutacyjnych do projektu pn. „Jestem, pamiętam” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

- 1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:**
  - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
  - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- 2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:**
  - a. 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),

- b. 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
- c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818 z późn. zm.),
- d. 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

**3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:**

- a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
- b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

**4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:**

- a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
- b. Beneficjentowi/~~partnerom~~ realizującym projekt: **Joanna Mirowska-Wieczorek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychosomatycznego VIAMED**, ul. Sławinkowska 120a, 20-810 Lublin,
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

- 5.** Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423).
- 6.** Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7.** W terminie do 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.
- 8.** W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.





9. Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres email: iod@lubelskie.pl (IOD w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego) lub iod@mfi.pr.gov.pl (IOD w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej).
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
14. Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
15. Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
16. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
17. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
18. Moje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu uczestnictwa w projekcie „Jestem, pamiętam” nr umowy o dofinansowanie: RPLU.11.02.00-06-0143/20-00.
19. Moje dane osobowe będą przechowywane przez **Joanna Mirowska-Wieczorek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Zdrowia Psychosomatycznego VIAMED**, ul. Sławinkowska 120a, 20-810 Lublin, NIP 712-155-36-12

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
Czytelny podpis Kandydata/ki/  
Opiekuna prawnego

### **Wymagane załączniki:**

1. **Oświadczenie potwierdzające spełnienie kryteriów kwalifikowalności** (dla osób zarejestrowanych w urzędzie pracy dodatkowo zaświadczenie z urzędu pracy o statusie osoby bezrobotnej)
2. **Oświadczenie o przesłankach wykluczenia społecznego**
3. **Oświadczenie o byciu osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**
4. **Zobowiązanie do przekazania informacji po opuszczeniu projektu**
5. **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie wydane przez lekarza - jeśli dotyczy**
6. **Formularz uprawnień - jeśli dotyczy**
7. **Podpisany Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**



## OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI W RAMACH PROJEKTU „Jestem, pamiętam”

Uprzedzony/Uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

Oświadczam, że :

1. Zamieszkuję lub pracuję w mieście Lublin w województwie lubelskim w rozumieniu przepisów KC<sup>15</sup>.
2. Jestem osobą w wieku 60 lat i więcej.
3. Jestem osobą wykluczoną społecznie (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
4. Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami – obligatoryjnie w przypadku korzystania z usług asystenckich.

Miejscowość .....,dnia .....

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki/  
Opiekuna prawnego

<sup>15</sup> Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



## OŚWIADCZENIE O PRZESŁANKACH WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO W RAMACH PROJEKTU „Jestem, pamiętam”

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wykluczenia społecznego z powodu przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj.\*:

- osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa
- osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą z niepełnosprawnością – osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
- członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków gospodarstwa domowego nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 to osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
- osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Miejscowość .....,dnia .....

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki/  
Opiekuna prawnego

\*właściwe zaznaczyć



## OŚWIADCZENIE O BYCIU OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że **jestem/nie jestem\*** osobą **potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** tj. osobą która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, w tym:

- a) osobą samotną 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) osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
- c) osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

Miejscowość ....., dnia .....

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki/  
Opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić

**ZOBOWIĄZANIE DO PRZEKAZYWANIA INFORMACJI PO OPUSZCZENIU PROJEKTU  
„Jestem, pamiętam”**

Ja, niżej podpisany .....  
(imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu)

- zobowiązuję się do przekazania informacji nt. mojej sytuacji po zakończeniu projektu „Jestem, pamiętam” nr RPLU.11.02.00-06-0143/20 potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu do 4 tygodni od zakończenia udziału w ww. projekcie tj. dokumentów potwierdzających zatrudnienie/prowadzenie działalności na własny rachunek (np. kopia umowy o pracę/cywilnoprawnej, zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu, kopia, wydruk CEIDG/KRS), dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji/nabycie kompetencji (np. certyfikaty, zaświadczenia), dokumentów potwierdzających zarejestrowanie się w urzędzie pracy (jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy w zależności od mojej sytuacji na rynku pracy) lub zarejestrowania się w agencji zatrudnienia lub złożenia oświadczenia (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie go niezgodnie z prawdą) o poszukiwaniu pracy;

Miejscowość .....dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna prawnego



**FORMULARZ USPRAWNIENÍ -  
W RAMACH PROJEKTU „Jestem, pamiętam”**

Celem formularza jest dostosowanie wsparcia do potrzeb Uczestników/czek projektu (osób z niepełnosprawnościami i/lub zaburzeniami psychicznymi).

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności i/lub zaburzeń psychicznych widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności i/lub zaburzeń psychicznych, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Miejscowość ....., dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna prawnego