

Dane uczestnika projektu: **Skoordynowane wsparcie osób niesamodzielnych w Rybniku i powiecie rybnickim.**
 (aktualizacja formularzy i regulaminu od 04.2022)

Wybierz cel zgłoszenia: **Pielęgniarska opieka długoterminowa** **Opieka wytchnieniowa**

Dane uczestnika	Imię:		Wykształcenie: <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
	Nazwisko:				
	PESEL:				
Dane kontaktowe	Województwo:		Powiat:		
	Gmina:		Miejscowość:		
	Ulica:		Nr budynku i lokalu:	Kod pocztowy:	
	Adres e-mail:		Telefon kontaktowy:		
Status uczestnika projektu	Oświadczam, iż:				
	<ul style="list-style-type: none"> • jestem osobą bierną zawodową (emeryt, rencista): Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> • należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> • jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> • jestem osobą z niepełnosprawnościami: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 				
Podstawowe kryteria:	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (jakiej):				
	a) jestem osobą niesamodzielną powyżej 65 r. życia: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> b) nie jestem objęty/a wsparciem zdrowotnym, rehabilitacyjnym czy pielęgnacyjnym w ramach NFZ i nie kwalifikuję się do objęcia w/w wsparciem NFZ w okresie udziału w projekcie (np. hospicjum, zakład opiekuńczo - leczniczy, opieka długoterminowa w domu pacjenta) zgodnie z <u>oświadczeniem załączonym do formularza zgłoszeniowego</u> : Tak, <u>nie jestem objęty</u> wsparciem <input type="checkbox"/> Nie, <u>jestem objęty</u> wsparciem <input type="checkbox"/> c) nie pozostaję w ostrej fazie choroby psychicznej oraz niezdiagnozowanej chorobie psychicznej: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> d) uzyskałem skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który ocenił stan zdrowia w skali Barthel'a na 0-40 pkt. dla pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej lub 0-55 pkt. dla opieki wytchnieniowej: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>				
Dodatkowe kryteria:	a) brak osób sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną lub opiekunowie pracują w pełnym wymiarze czasu pracy: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> b) opiekunowie osoby niesamodzielnej pracują w niepełnym wymiarze czasu: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> c) osoba niesamodzielna wpisana jest na listę oczekujących na świadczenia NFZ: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> d) osoba niesamodzielna przebyła hospitalizację w okresie do 4 tygodni: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> e) osoba niesamodzielna posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>				
	Kandydat uzyskuje dodatkowe punkty rekrutacji za każde 4 tygodnie oczekiwania na liście zgłoszonych do projektu. Realizator projektu może wymagać kopii dokumentów poświadczających prawdziwość złożonych oświadczeń (np. orzeczenia o niepełnosprawności, wypisu po przebytej hospitalizacji czy zaświadczenia z zakładu pracy opiekuna).				

.....
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
 CZYTELNY PODPIS
 UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku gdy ustanowiony został opiekun prawny osoby starszej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez opiekuna.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Skoordynowane wsparcie osób niesamodzielnych w Rybniku i powiecie rybnickim” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - ewaluacji
 - sprawozdawczości
 - zachowania trwałości projektu
 - badań i analiz
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
 - monitoringu
 - kontroli
 - rozliczenia projektu
 - archiwizacji
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (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 – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 i 126 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 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt: Centrum Medyczne Na Rudzkiej, tel.: 507 030 501, e-mail: kontakt@narudzkiej.pl oraz partnerowi w projekcie: TRANSMED Sp. z o.o., ul. Reymonta 9, 44-310 Radlin, tel.: 32 456 00 36, e-mail: biuro@transmed.pl.
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie oświadczam iż udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku gdy ustanowiony został opiekun prawny osoby starszej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez opiekuna.

**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE
(aktualizacja formularzy i regulaminu od 04.2022)**

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Skoordynowane wsparcie osób niesamodzielnych w Rybniku i powiecie rybnickim” realizowanym przez Centrum Medyczne Na Rudzkiej Sp. z o.o. oraz partnera Transmed Sp. z o.o. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Rekrutacji w w/w projekcie oraz w pełni go rozumiem i akceptuję. Jednocześnie oświadczam, że spełniam kryteria udziału uprawniające mnie do korzystania z form wsparcia w projekcie.

W szczególności potwierdzam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie subregionu zachodniego województwa śląskiego, tj. p. wodziszawski, raciborski, rybnicki lub miasta Jastrzębie-Zdrój, Rybnik, Żory: Tak Nie

Miejsce zamieszkania oznacza miejscowość, w której osoba fizyczna przebywa z zamiarem stałego pobytu (art. 25 Kodeksu cywilnego). Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką ze względu na ubezwłasnowolnienie jest miejsce zamieszkania opiekuna.

POUCZENIE: Dane uczestnika projektu, oświadczenia oraz deklaracja składane są pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Oświadczam, że zostałem pouczony/a i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Powyższe pouczenie zrozumiałem/am i przyjąłem/am do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU**

** W przypadku gdy ustanowiony został opiekun prawny osoby starszej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez opiekuna.

Dodatkowe oświadczenie uczestnika projektu

Imię i nazwisko:

Usługi świadczone w ramach projektu „Skoordynowane wsparcie osób niesamodzielnych w Rybniku i powiecie rybnickim” zgodnie z regulaminem obejmują usługi zdrowotne, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne oraz mogą być świadczone jedynie w zakresie rzeczywistych potrzeb pacjenta, a także w sytuacji gdy:

- a. **nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych**, to jest jeżeli wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej albo
- b. w sytuacji gdy gwarantowana usługa zdrowotna **nie mogłaby zostać sfinansowana danej osobie ze środków publicznych w okresie realizacji wsparcia danego uczestnika w ramach projektu** albo
- c. w przypadku gdy projekt przewiduje zarówno usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego projektu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie> - koszyk świadczeń gwarantowanych
Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z powyższym **oświadczam**, iż spełniam warunek udziału w projekcie:

„nie jestem objęty/a wsparciem zdrowotnym, rehabilitacyjnym czy pielęgnacyjnym w ramach NFZ i nie kwalifikuję się do objęcia w/w wsparciem NFZ w okresie udziału w projekcie (np. hospicjum, zakład opiekuńczo - leczniczy, opieka długoterminowa w domu pacjenta)”

przez co rozumiem:

- dla kandydata aplikującego do opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania:

- **nie jestem objęty** opieką długoterminową domową w ramach świadczeń NFZ ani nie uzyskuję innych świadczeń, które podobnie zakładają wsparcie zdrowotne, pielęgnarskie, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych NFZ;
- **nie kwalifikuję się do uzyskania świadczeń** opieki długoterminowej domowej w ramach świadczeń NFZ w okresie udziału w projekcie oraz nie kwalifikuję się do uzyskania innych świadczeń, które podobnie zakładają wsparcie zdrowotne, pielęgnarskie, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych NFZ w okresie udziału w projekcie;

- dla kandydata aplikującego do opieki wytchnieniowej:

- **nie jestem objęty** opieką wytchnieniową lub innymi świadczeniami o charakterze całodobowym (np. opieka paliatywna i hospicyjna, zakład opiekuńczo – leczniczy) w ramach koszyka gwarantowanych świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia;
- **nie kwalifikuję się do objęcia** opieką wytchnieniową lub innymi świadczeniami o charakterze całodobowym (np. opieka paliatywna i hospicyjna, zakład opiekuńczo – leczniczy) w ramach koszyka gwarantowanych świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia;

Jednocześnie oświadczam, iż zobowiązuję się dobrowolnie pokryć koszty mojego udziału w projekcie, w sytuacji gdy złożone oświadczenie nie będzie zgodne ze stanem faktycznym.

POUCZENIE: Oświadczam, że zostałem pouczony/a i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Powyższe pouczenie zrozumiałem/am i przyjąłem/am do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* ORAZ OPIEKUNA

* W przypadku gdy ustanowiony został opiekun prawny osoby starszej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez opiekuna.