

Dane uczestnika projektu: **Dzienny Dom Opieki Medycznej w Rybniku**

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): <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie • należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie • jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie • jestem osobą z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 				
	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (jakiej):				
Kryteria udziału w projekcie	Podstawowe kryteria udziału: <ul style="list-style-type: none"> a) jestem osobą zamieszkującą powiat rybnicki lub m. Rybnik: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b) mam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i nie korzystam ze świadczeń opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak, nie korzystam ze wymienionych świadczeń <input type="checkbox"/> Nie, obecnie korzystam z wymienionych świadczeń c) nie pozostaję w ostrej fazie choroby psychicznej lub niezdiagnozowanej choroby psychicznej oraz nie podlegam świadczeniom zdrowotnym z zakresu leczenia uzależnień: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d) uzyskałem skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (skierowanie POZ lub skierowanie uzyskane w szpitalu finansowanym z NFZ), który ocenił stan zdrowia w zakresie 40-65 pkt. w skali Barthel'a: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie 				
	Dodatkowe kryteria: <ul style="list-style-type: none"> a) brak osób sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną lub opiekunowie pracują w pełnym wymiarze czasu pracy: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b) opiekunowie osoby niesamodzielną pracują w niepełnym wymiarze czasu: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c) osoba przebyła hospitalizację w okresie do 4 tygodni: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d) osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p>Kandydat uzyskuje dodatkowe punkty rekrutacji za każdy miesiąc 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).</p>				

 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Rybniku” 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

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Rybniku” 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 miasta Rybnik lub p. rybnickiego: 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.