Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU** |

1. **INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„Opieka od zaraz!”** |
| **Nr projektu** | **FESW.09.04- IZ.00-0032/24** |
| Program Operacyjny  Fundusz UE | Regionalny Program Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 -2027  Europejski Fundusz Społeczny Plus |
| Priorytet: | Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne |
| Działanie: | Działanie 9.4 Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych |
| Realizator: | FUNDACJA CHALLENGE EUROPE  Al. IX Wieków Kielc 6/17, 25-516 Kielce |

1. **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (*PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)***

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA** | |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Wykształcenie: |  |
| Status na rynku pracy: | * Osoba pracująca * Osoba bierna zawodowo * Osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy |
| **OPIEKUN /OPIEKUN/KA FAKTYCZNY/A** | |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Wykształcenie: |  |
| Status na rynku pracy: | * Osoba pracująca * Osoba bierna zawodowo * Osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy |

1. **DANE KONTAKTOWE *(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)***

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA** | |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| **OPIEKUN /OPIEKUN/KA FAKTYCZNY/A** | |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria rekrutacji** | **Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie.** | |
| **OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA** | | |
| **Miejsce zamieszkania opw**  **(kryteria formalne)** | | Województwo: …………………….  Powiat: ……………………………  Miejscowość: ………………………  Kod pocztowy: ................................... |
| **Ukończony 18 rok życia**  - wgląd do dowodu osobistego, PESEL | | Data urodzenia ................................. |
| **Potwierdzenie bycia osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**  - zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | | * TAK * NIE |
| **Niesamodzielność opw** | | **Ocena w skali BARTHEL**   * Poniżej lub równe 40, otrzymuje - 10 pkt. * Powyżej 40 do 80, otrzymuje - 5 pkt. * Powyżej 80, otrzymuje – 0 pkt. |
| **Niesamodzielność opw**  **(kryteria premiujące)** | | **Ocena w skali KATZA**   * Poniżej 2, otrzymuje - 10 pkt. * od 3 do 4, otrzymuje - 5 pkt. * od 5 do 6, otrzymuje - 0 pkt. |
| **Niesamodzielność opw** | | **Ocena w skali LAWTONA**   * Poniżej 8, otrzymuje - 10 pkt * Poniżej 16 i 16, otrzymuje - 5 pkt * Powyżej 16, otrzymuje - 0 pkt |
| **Zamieszkanie na tzw. „Białych plamach”**  - zaświadczenie o miejscu zamieszkania | | * TAK, otrzymuje - 10 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **OzN o znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/z niepełnosprawnością sprzężoną/z chorobami psychicznymi / z niepełnosprawnością intelektualną / z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)**  - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie dołączyć kopię stosownych zaświadczeńpotwierdzoną za zgodność z oryginałem | | * Znaczny stopień niepełnosprawności / Umiarkowany stopień niepełnosprawności / Niepełnosprawność sprzężona / Choroby psychiczne / Niepełnosprawność intelektualna, otrzymuje - 10 pkt * Lekki stopień niepełnosprawności, otrzymuje - 2 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **Osoby korzystające z programu Fundusze Europejskie Programy Zdrowotne**  - dokument wystawiony przez OPS/organizację partnerską | | * TAK, otrzymuje - 10 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **Zamieszkujący samotnie**  - zaświadczenie z rejestru mieszkańców | | * TAK, otrzymuje - 10 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **Kobieta** | | * TAK, otrzymuje - 2 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **Osoba w wieku 60+**  - wgląd do dowodu osobistego, PESEL | | * TAK, otrzymuje - 2 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria rekrutacji** | **Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione  oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie** | |
| **Opiekunka/Opiekun faktyczna/y** | | |
| **Miejsce zamieszkania opiekuna faktycznego**  **(kryteria formalne)** | | Województwo: …………………….  Powiat: …………………………….  Miejscowość: ………………………  Kod pocztowy: ................................. |
| **Ukończony 18 rok życia**  - wgląd do dowodu osobistego, PESEL | | Data urodzenia ................................. |
| **Potwierdzenie bycia osobą sprawującą opiekę**  - zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności osoby podopiecznej | | * TAK * NIE |
| **Osoba z niepełnosprawnością**  **(kryteria premiujące)**  - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie | | * TAK, otrzymuje - 2 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **Kobieta** | | * TAK, otrzymuje - 2 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| **Osoba bez pracy**  - zaświadczenie z PUP, ZUS | | * TAK, otrzymuje - 2 pkt * NIE, otrzymuje - 0 pkt |
| Ja niżej podpisany *(imię i nazwisko opiekunki/opiekuna)* ……………………………...............………,  jako opiekun *(imię i nazwisko chorego) ……*……………...............………. .............................................  oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną.  ……...……………...............………………  *Czytelny podpis* | | |

**WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| DLA CHOREGO/ CHOREJ | * **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** (obejmujące m.in.: opiekę higieniczną, pielęgnację zleconą przez lekarza, zapewnienie kontaktów z otoczeniem itp.) * **Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** (obejmujące: pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pomocy wykupywaniu i zamawianiu leków, w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia i placówek rehabilitacyjnych, rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dn. 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, itp.)   **Opieka pielęgniarska długoterminowa** (obejmująca m.in. leczenie ran i odleżyn, zmiana opatrunków, wymiana cewników, podłączenie kroplówki czy wykonanie zastrzyków), konsultacje lekarzy specjalistów (diagnostyka/profilaktyka)   * **Usługi opiekuńcze w codziennych potrzebach życiowych** tj. dowożenie posiłków (zapewnienie ww. osobom ciepłego posiłku (dwudaniowy obiad + napój), * **Teleopieka** zakup opasek do teleopieki, zakładanych na rękę (wraz z kartą SIM) i zakupem abonamentu na 12 miesięcy;   **Indywidualne konsultacje z zakresu postaw antydyskryminacyjnych oraz równości szans** |
| **DLA OPIEKUNA / OPIEKUNKI** | * **Indywidualne wsparcie psychologiczne dla opiekuna** * **Indywidualne wsparcie prawne** * **Szkolenie w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej dla opiekunów faktycznych**   **Grupy wsparcia**  **Grupowe treningi z zakresu kształtowania postaw antydyskryminacyjnych** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………….. | ……………………………….. | ……………………………….. |
| Data | Podpis chorego | Podpis opiekunki/opiekuna |

**OŚWIADCZENIE**

1. Niniejszym zgłaszam chęć przystąpienia do udziału we wsparciu w postaci usług zdrowotnych, społecznych   
   i towarzyszących organizowanych w ramach projektu **„Opieka od zaraz!”** współfinansowanego   
   ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie Plus   
   dla Świętokrzyskiego 2021 - 2027, Działania 9.4, Zwiększenie dostępności do usług społecznych   
   i zdrowotnych.
2. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA   
   W PROJEKCIE **„Opieka od zaraz!”.**
3. Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem.

Zapoznałem/-am się̨ z informacjami wynikającymi z art. 13 i 14 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) i wyrażam zgodę̨ na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych do celów związanych z rekrutacją, realizacją projektu **„Opieka od zaraz!”.**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 i 14 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest FUNDACJA CHALLENGE EUROPE, AL. IX WIEKÓW KIELC 6/17, 25-516 Kielce, e-mail: biuro@fundacjachallenge.org. Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021 na poziomie aplikacyjnym.

1. **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych   
z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych: biuro@fundacjachallenge.org.

1. **Cele przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane do celów wypełnienia obowiązków prawnych ciążących   
na Administratorze związanych z:

1. wykonywaniem zadań związanych z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie   
   dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników;
2. archiwizacją dokumentacji.
3. **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO), wynikających z:

1. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego   
   i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. U. UE. L.   
   z 2021 r. Nr 231, str. 159, z późn. zm.);
2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. U. UE. L. z 2021 r. Nr 231, str. 21, z późn. zm.);
3. ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich   
   w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079);
4. ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000,   
   z późn. zm.);
5. ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.);
6. ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164,   
   z późn. zm.).

Jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy o dofinansowanie, której jest Pani/Pan stroną lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy, podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

1. **Kategorie odnośnych danych osobowych**

Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich   
w perspektywie finansowej 2021-2027.

1. **Odbiorcy danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione m.in. innym podmiotom na podstawie przepisów prawa,   
w szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 i 89 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r.   
o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora, w tym pracownikom   
i współpracownikom Administratora, podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną, Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją   
lub publikowane w BIP UMWŚ w Kielcach.

1. **Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

1. **Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów.

1. **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Jeśli podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO, posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO), prawo   
do sprostowania danych (art. 16 RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO).   
Jeżeli natomiast postawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO,   
posiada Pani/Pan dodatkowo prawo do usunięcia danych ("prawo do bycia zapomnianym"), z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z tego przepisu prawa (art. 17 RODO) oraz prawo do przenoszenia danych   
(art. 20 RODO).

1. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi z art. 77 RODO do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan,   
że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

1. **Źródło pochodzenia danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane Administratorowi przez Panią/Pana lub przez instytucje   
i podmioty zaangażowane w realizację programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności przez beneficjentów i wnioskodawców.

1. **Informacja o wymogu podania danych osobowych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Ich niepodanie uniemożliwi realizację przez Administratora ww. celów.

1. **Informacja dotycząca zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, w tym profilowania**

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………….. | ……………………………….. | ……………………………….. |
| Miejscowość, data | Podpis chorego | Podpis opiekunki/opiekuna |

KANDYDAT to osoba potrzebująca wsparcia i jego opiekun, proszę o podpisanie dokumentu przez obie osoby. Jeśli z uwagi na stan zdrowia chorego nie jest to możliwe, dokument podpisuje tylko opiekun/opiekunka.

**\*Wypełnia Realizator Projektu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*Razem ilość uzyskanych punktów** | OPW otrzymał ilość punktów  ........................................ | OF otrzymał ilość punktów  ....................................... | Łącznie otrzymana ilość punktów  .................................. |
| **Podpisy** | 1. ………………………………..……….. 2. ……………………………………........ 3. …………………………………………. | | |