



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU (OPIEKUN FAKTYCZNY)

<b>Nazwa projektodawcy:</b>
<b>Gmina Białośliwie/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w gminie Białośliwie</b>
<b>Tytuł projektu:</b>
<b>„Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie”</b>

<b>Dane uczestnika</b>																							
Imię																							
Nazwisko																							
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL</td> </tr> </table>												zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL										
zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL																							
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>																					
	ISCED 0 Brak	<input type="checkbox"/>																					

<b>Dane kontaktowe uczestnika</b>	
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

<p><b>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b></p> <p>Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.</p>	Tak		Nie	
<p><b>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b></p> <p>Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.</p>	Tak		Nie	
<p><b>W tym długotrwale bezrobotny</b></p> <p>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (&lt;25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (&gt;6 miesięcy). - Dorosli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (&gt;12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.</p>	Tak		Nie	
<p><b>Bierny zawodowo</b></p> <p>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).</p>	Tak		Nie	
<p><b>W tym osoba ucząca się</b></p>	Tak		Nie	
<p><b>W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b></p>	Tak		Nie	
<p><b>Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)</b></p> <p>Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.</p>	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				
<p><b>Zatrudniony w:</b></p> <p>Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony</p>				
<p><b>Wykonywany zawód:</b></p>				
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	
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)	
<b>Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	
Cudzoziemcy na stałe 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: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	
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
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	
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. <b>osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</b>	
Tak	Nie
	Odmowa podania informacji
<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym, bez osób pracujących</b>	
Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.	
Tak	Nie
<b>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>	
(Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak)	
Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem/rodzicami.	
Tak	Nie



<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>					
Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.					
Tak				Nie	
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>					
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	

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis



Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia		TAK	NIE
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Jestem osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się w woj. wielkopolskim na terenie gminy wiejskiej Białośliwie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego <sup>1</sup> - uczestnika projektu „Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego .....  
będącego uczestnikiem projektu.

Uzasadnienie potrzeby wsparcia	0-10 punktów
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

<sup>1</sup> Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.



### Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Białośliwie**”, realizowanym przez Gminę Białośliwie/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w gminie Białośliwie

w ramach Działania 7.2 2 Usługi społeczne i zdrowotne – Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny 2014-2020.

RODZAJ WSPARCIA		
Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan korzystać (proszę zaznaczyć właściwe)	Miejsca krótkookresowego pobytu dziennego lub całodobowego dla osób niesamodzielnych i Klub Seniora: M - mieszkanie wspomagane, K - Klub Seniora	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
	Szkolenie dla opiekunów faktycznych w obszarze: – Metody pielęgnacyjne - opieka nad osobą niesamodzielną (h) – Sposoby aktywizowania podopiecznych (h) – Metody pracy z podopiecznym cierpiącym na deficyty pamięci	<input type="checkbox"/>
	Wymiana doświadczeń – spotkanie grupowe	<input type="checkbox"/>
	Wsparcie psychologiczne dla opiekunów faktycznych	<input type="checkbox"/>
	Dyżury pracowników socjalnych GOPS	<input type="checkbox"/>
	Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego dla opiekunów faktycznych	<input type="checkbox"/>

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis



## OŚWIADCZENIA:

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

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Białosłiwie” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu [www.gops-bialosliwie.naszops.pl](http://www.gops-bialosliwie.naszops.pl)
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

.....  
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

.....  
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....  
data i czytelny podpis

- 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. „**Nie jesteśmy sami - kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi z gminy Białośliwie**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 - Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
    - a) rozporządzenia 1303/2013;
    - b) rozporządzenia 1304/2013;
    - c) ustawy wdrożeniowej.
  - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - a) rozporządzenia 1303/2013;
    - b) rozporządzenia 1304/2013;
    - c) ustawy wdrożeniowej;
    - 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 realizacji Projektu (nr Projektu) RPWP.07.02.02-30-0020/17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarząd Województwa Wielkopolskiego, 61-714 Poznań, al. Niepodległości 34 (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt (nazwa i adres Beneficjenta) Gmina Białośliwie/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ulicy Księdza Kordeckiego 1, 89-340 Białośliwie, oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu (nazwa i adres ww. podmiotów ), Fundacja Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnymi, ul. Kminkowa 182 e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub





Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....

*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*