

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

*„Program wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim”*

Nazwa Programu Operacyjnego	<b>Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020</b>
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Oś Priorytetowa 9 Włączenie społeczne Działanie 9.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym Poddziałanie 9.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	Medical Sp. z o.o.
Numer wniosku o dofinansowanie	RPLD.09.02.02.-IP.01-10-001/16

Numer Formularza Rekrutacyjnego <sup>1</sup>	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego <sup>2</sup>	
Podpis osoby przyjmującej Formularz <sup>3</sup>	

CZĘŚĆ I DANE PERSONALNE			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: <sup>4</sup>			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	

<sup>1</sup> Wypełnia Beneficjent – Medical Sp. z o.o.

<sup>2</sup> j.w.

<sup>3</sup> j.w.

<sup>4</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa łódzkiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie łódzkim).

Powiat:	
Województwo:	
Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> Miejski <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Wiejski <sup>6</sup>
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Ulica:
	Numer domu:
	Numer lokalu:
	Kod pocztowy:
	Gmina:
	Powiat:
	Województwo:
Wykonywany zawód	

**CZĘŚĆ II**  
**STATUS UCZESTNIKA**

Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odp.):	Osoba bezrobotna <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	-------------------------------	--

<sup>5</sup> obszar położony w granicach administracyjnych miast.

<sup>6</sup> tereny położone poza granicami administracyjnymi miast- obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko –wiejskiej

<sup>7</sup> Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi w rozumieniu Wytucznych.

	Osoba pracująca <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba bierna zawodowo <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odp.)	Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0	
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4	
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) ISCED 5-8	
Status społeczny kandydata (proszę zaznaczyć właściwe):	osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<sup>8</sup>Osoba pracująca- osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.

Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową- są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

- 1) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;
- 2) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach);
- 3) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.

Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”.

Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za "osoby pracujące" – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego.

Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”.

Osoby przebywające na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego) są uznawane za „osoby bierne zawodowo”, chyba że są zarejestrowane już jako „osoby bezrobotne” (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

„Zatrudnienie subsydiowane” jest uznawane za "zatrudnienie".

<sup>9</sup> Osoba bierna zawodowo- osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. 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), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.



	<p>pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>osoby niesamodzielne;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>osoby korzystające z PO PŻ.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odp.):	<p>osoba z niepełnosprawnościami</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
	<p>osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi



	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) tj. <i>Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

**CZĘŚĆ III**  
**Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia**

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Jestem osobą zamieszkującą w woj. łódzkim na terenie Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego w powiecie zgierskim i brzezińskim w roz. Kodeksu Cywilnego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego <sup>10</sup> uczestnika projektu „Program wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim”	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

UZASADNIENIE POTRZEBY WSPARCIA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<sup>10</sup> Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.



.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

**Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Program wsparcia osób dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim”, realizowanym przez Medical Sp. z o.o. w ramach Działania 9.2 2 Usługi społeczne i zdrowotne –Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego 2014-2020**

Oświadczam że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:

- a) zamieszkuję na terenie województwa łódzkiego, obszarze ŁOM w powiatach zgierskim lub brzeskim w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego;
- b) pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego ..... będącego uczestnikiem projektu.  
*(imię i nazwisko)*

Uczestnik/Uczestniczka Projektu został/została uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

.....  
Data i podpis uczestnika

**OŚWIADCZENIA:**

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

- 1. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
- 2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych oraz na wykorzystanie mojego wizerunku w celu udokumentowania działań prowadzonych w ramach realizacji projektu

.....  
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 O NIEKORZYSTANIU Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA

W związku z przystąpieniem do Projektu „**Program wsparcia osób niesamodzielných i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim**” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego oświadczam, że nie korzystam i nie korzystałem/am z tego samego typu wsparcia dotyczącego usług zdrowotnych w innych projektach współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014 -2020.

.....  
(podpis uczestnika/uczestniczki projektu)

#### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Program wsparcia osób niesamodzielných i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim” oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, co następuje:

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
  - a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru „Beneficjenci w ramach RPO WŁ 2014-2020”,
  - b) Minister Infrastruktury i Rozwoju dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

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 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.), przy czym dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru „Beneficjenci w ramach RPO WŁ 2014-2020”:
    - 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),
    - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146);
  - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - 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,
    - 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,
    - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
    - 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 „Program wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów faktycznych w powiatach zgierskim i brzezińskim”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Zarząd Województwa Łódzkiego obsługiwany przez Departament EFS, ul. Traugutta 21/23, 90-113 Łódź, Beneficjentowi realizującemu projekt - Medical Sp. z o.o., ul. Sosnowa 4, 95-015 Głowno oraz Partnerowi, który uczestniczy w realizacji projektu – Specjalistyczna Praktyka Lekarska Justyna Jałosińska, ul. Obywatelska 106-70, 94-104



Łódź. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\**

\*\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.