

Nazwa projektodawcy:
Gmina Boguty-Pianki
Tytuł projektu:
Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Boguty-Pianki

Dane uczestnika													
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> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
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 Ponadgminazjalne (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"/>											

Dane kontaktowe uczestnika	
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>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</p> <p>Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.</p>	Tak		Nie	
<p>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</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>W tym długotrwale bezrobotny</p> <p>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.</p>	Tak		Nie	
<p>Bierny zawodowo</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	
W tym osoba ucząca się	Tak		Nie	
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Tak		Nie	
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)	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>Zatrudniony w:</p> <p>Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony</p>				
Wykonywany zawód:				
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					
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu					
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)					
Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia					
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: karaimska, 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	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań					
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			
Osoba z niepełnosprawnościami					
Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności: - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, - orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, - orzeczenie o niezdolności do pracy, - orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, - orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, - inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), - w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej					
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	X	Nie		Odmowa podania informacji	
Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej					
Tak		Nie			
Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestnictwa w projekcie					

(np. potrzeba zorganizowania opieki nad osobą zależną, ograniczenia ruchowe związane niepełnosprawnością, itp.):

PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis uczestnika)

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko)

deklaruję wolę uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Boguty-Pianki” nr RPMA.09.02.01.-14-e065/20 realizowanym przez Gminę Boguty-Pianki w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych, w okresie od 01.12.2019 do 30.11.2022r.

Oświadczam, iż spełniam formalne kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie:

- jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w Wytycznych w obszarze włączenia społecznego;
- jestem osobą niesamodzielną/ potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- jestem osobą zamieszkałą na terenie Gminy Boguty-Pianki w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.

Oświadczam, iż zapoznałem się z zapisami regulaminu rekrutacji i zobowiązuję się do jego stosowania w trakcie udziału w projekcie.

Ponadto oświadczam, iż zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania informacji na temat sytuacji po opuszczeniu projektu przez uczestnika projektu w terminie 4 tygodni od zakończenia uczestnictwa w projekcie.

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

(imię i nazwisko)

deklaruję wolę uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Boguty-Pianki” nr RPMA.09.02.01-14-e065/20 realizowanym przez Gminę Boguty-Pianki w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych, w okresie od 01.12.2019 do 30.11.2022r.

Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria merytoryczne (dodatkowe):

- jestem osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie), o którym mowa w Ust. z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
- jestem osobą/rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego (zgodnie z Wytycznymi w zakresie realiz. przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS EFRR na lata 2014-2020).
- jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.
- jestem osobą / rodziną korzystającą z POPŻ.

Ponadto oświadczam, iż zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Boguty-Pianki” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Marszałek Województwa Mazowieckiego mający swoją siedzibę przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020:

w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:

- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1146);
3. W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1146);
 - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Boguty-Pianki”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020 (RPO WM);

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Województwo Mazowieckie reprezentowane przez Zarząd Województwa Mazowieckiego w imieniu którego działa Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, beneficjentowi realizującemu projekt - Gmina Boguty-Pianki ul. Aleja Papieża Jana Pawła II 45, 07-325 Boguty-Pianki oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – OPS, Aleja Papieża Jana Pawła II 45, 07-325 Boguty-Pianki oraz DPS Dom z Sercem, ul. Kościelna 2, 07-310 Komorowo.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 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 ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. 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



Karta zgłoszenia do projektu

Ja niżej podpisany.....

Imię i nazwisko

PESEL:.....

Zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Boguty-Pianki” w obszarze dotyczącym świadczenia usług opiekuńczych w Klubie Seniora w Bogutach-Piankach

Jako:

- Osoba niesamodzielna/potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/ zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym
- Osoba z niepełnosprawnością i osoba niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej
- Osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczaniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego
- Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi w rozumieniu zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych
- Osoba lub rodzina korzystająca z POPŻ 2014-2020

.....

.....



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Miejscowość, data

czytelny podpis kandydata lub
osoby odpowiedzialnej