

Formularz rekrutacyjny – „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Kutnie jako forma zdeinstytucjonalizowanej opieki dla osób niesamodzielnych i starszych”

Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.

DANE OSOBOWE			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
PESEL			
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna
DATA URODZENIA			
DANE KONTAKTOWE			
WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			NR BUDYNKU
			NR LOKALU
KOD POCZTOWY/POCZTA			
TEL. KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			

STATUS UCZESTNIKA	
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą bierną zawodowo ¹
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy w tym:
<input type="checkbox"/>	osobą długotrwale bezrobotną

¹ Osoby bierne zawodowo - to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością² <i>W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” do formularza należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności</i></p> <p>tak nie odmowa podania informacji</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Posiadam wykształcenie:</p> <p>podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, zasadniczą szkołę zawodową, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające) policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkoły policealne) wyższe (dotyczy osób, które uzyskały tytuł zawodowy licencjata, magistra lub stopień naukowy doktora)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Jestem byłym uczestnikiem/byłą uczestniczką projektu z zakresu włączenia społecznego realizowanych w ramach celu tematycznego 9 w RPO (Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem)</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (dane wrażliwe – możliwość odmowy podania informacji)</p> <p>tak nie odmowa podania informacji</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p>tak nie</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe – możliwość odmowy podania informacji)</p> <p>tak nie odmowa podania informacji</p>

² Przez osobę z niepełnosprawnością rozumie się osobę:

- 1) której, niepełnosprawność, zgodnie z przepisami ustawy o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, została potwierdzona orzeczeniem:
 - a) o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
 - b) o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów,
 - c) o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia,
- 2) bądź osobę z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przez co rozumie się osobę:
 - a) chorą psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),
 - b) upośledzoną umysłowo,

wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Oświadczam, że spełniam warunki docelowej niniejszego projektu, tj.:

- jestem osobą w wieku powyżej 60 r.ż.,
- zamieszkuję³ na obszarze powiatów województwa łódzkiego: kutnowski, łęczycki, poddębicki, zduńskowolski, sieradzki, rawski, skierniewicki i miasto Skierniewice,
- posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
- jestem pacjentem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, którego stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej lub pacjentem, u którego występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub któremu w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego,
- nie jestem osobą korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osobą, w przypadku której podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień)

Ponadto oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z treścią regulaminu rekrutacji oraz zasadami udziału w projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,
- zostałem/-am poinformowany/-a, że udział w projekcie jest bezpłatny,
- zostałem/-am poinformowany/-a o celach i przebiegu realizowanego projektu
- deklaruje uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w ramach projektu,
- deklaruje udział w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu,
- akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu, a w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do realizatora projektu,
- akceptuję fakt, że ostateczny wynik rekrutacji zależy będzie od otrzymania skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu (w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym) oraz sporządzonej karty oceny stanu klinicznego z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skali Barhela),
- podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Specjalne potrzeby (dotyczy osób z niepełnosprawnością)

Zgłaszam następujące specjalne potrzeby wynikające z mojej niepełnosprawności:

.....
.....
.....

.....
Podpis Uczestnika projektu

.....
Data

³ w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku ze złożeniem formularza rekrutacyjnego do Projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Kutnie jako forma zdeinstytucjonalizowanej opieki dla osób niesamodzielnych i starszych” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Łódzkie reprezentowane przez Marszałka Województwa Łódzkiego, mającego siedzibę przy al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych);
2. Przetwarzanie moich danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c i 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (RPO WŁ 2014-2020) na podstawie:
 1. w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470-486 z późn. zm.),
 - c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.);
 - d. Porozumienie w sprawie realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 przyjęte Uchwałą Nr 285/15 ZWŁ z dnia 16 marca 2015 r. zawarte pomiędzy Zarządem Województwa Łódzkiego a Wojewódzkim Urzędem Pracy w Łodzi
 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 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 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 dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470-486 z późn. zm.),
 - c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.),
 - 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 dnia 30 września 2014 r., s.1);
- a. Porozumienie w sprawie realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 przyjęte Uchwałą Nr 285/15 ZWŁ z dnia 16 marca 2015 r. zawarte pomiędzy Zarządem Województwa Łódzkiego a Wojewódzkim Urzędem Pracy w Łodzi;
 3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Kutnie jako forma zdeinstytucjonalizowanej opieki dla osób niesamodzielnych i starszych”, w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WŁ 2014-2020
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – DERMEX sp. z o.o. ul. H. Sienkiewicza 16, 99-300 Kutno
 5. Moje dane osobowe będą lub mogą być ujawnione wyłącznie podmiotom upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta w związku z realizacją celu o którym mowa w pkt 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych;
 6. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie;
 7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
 8. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO;
 9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
 10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
 - 1) ochronadanych@wup.lodz.pl – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
 - 2) ochronadanych@wup.lodz.pl - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
 11. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
 12. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
 13. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

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

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