



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X”, bądź uzupełnienie treści)

I. DANE PODSTAWOWE

1. Obywatelstwo

- Obywatelstwo polskie
 Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
 Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel spoza UE/ bezpaństwowiec

2.

Nazwisko

Imię

4a.

Płeć (M, K)

Wiek (pełne lata)

PESEL / Inny identyfikator

II. ADRES ZAMIESZKANIA

1.

Miejscowość

Ulica

Nr budynku

Nr lokalu

2.

Kod pocztowy

Gmina

Powiat

3.

Województwo

Kraj

4. Czy zamieszkuje Pan/i na obszarze wiejskim, który jest określany jako "biała plama" (czyli teren o ograniczonym dostępie do usług społecznych i zdrowotnych, takich jak opieka medyczna, pomoc społeczna czy wsparcie edukacyjne)?

- tak nie

III. DANE KONTAKTOWE (obowiązkowo)

1.

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

IV. DANE DODATKOWE

1. Wykształcenie (Proszę wstawić znak **X** przy wybranej pozycji)

- średnie I stopnia lub niższe ponadgimnazjalne lub policealne wyższe

V. INFORMACJE DODATKOWE

1. Czy jest Pan(i) osobą obcego pochodzenia?

- tak nie

2. Czy jest Pan(i) osobą państwa trzeciego?

- tak nie



3. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)?

tak nie odmawiam podania informacji

4. Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

tak nie

5. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami ?

tak* nie odmawiam podania informacji

*na potwierdzenie zobowiązuje się dostarczyć wraz z Formularzem kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

6. Czy jest Pan(i) osobą samotną, prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe?

tak nie nie dotyczy (w przypadku składania formularza przez opiekuna nieformalnego)

7. Czy jest Pan(i) opiekunem nieformalnym osoby niesamodzielnej zgłaszającej swój udział w projekcie?

tak nie nie dotyczy (w przypadku składania formularza przez osobę niesamodzielną)

8. Czy jest Pan(i) opiekunem nieformalnym osoby niesamodzielnej ze względu na niepełnosprawność (stopień znaczny lub umiarkowany)?

tak nie nie dotyczy (w przypadku składania formularza przez osobę niesamodzielną)

VI. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO:

1. Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X”):

osobą bezrobotną,

w tym: osobą długotrwale bezrobotną inne

osobą bierną zawodowo,

w tym: nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu uczącą się / odbywającą kształcenie inne

osobą pracującą,

w tym:

osoba prowadząca działalność na własny rachunek

kadra pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty
(kadra zarządzająca)

osoba pracująca w administracji rządowej

osoba pracująca w administracji samorządowej

osoba pracująca na uczelni

(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)

osoba pracująca w instytucie naukowym

osoba pracująca w organizacji pozarządowej

osoba pracująca w instytucie badawczym

osoba pracująca w MMŚP

osoba pracująca w instytucie działającym w ramach

osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

Sieci Badawczej Łukasiewicz

osoba pracująca w podmiocie wykonującym

osoba pracująca w międzynarodowym instytucie

działalność leczniczą

naukowym

osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty

osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu

(kadra pedagogiczna)

szkolnictwa wyższego i nauki

osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty

osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej

(kadra niepedagogiczna)

inne



VII. SPECJALNE POTRZEBY W ODNIESIENIU DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy

1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/systemu Językowo-Migowego tak nie
2. Pętla indukcyjna tak nie
3. Powiększony tekst tak nie
4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną tak nie
5. Inne tak nie

Jeżeli w pkt 4 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:

.....

.....

.....

VIII. FORMY WSPARCIA REALIZOWANE W RAMACH PROJEKTU

1. Proszę zaznaczyć z jakiej pomocy chce Pan(i) skorzystać w Projekcie:

- usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania,
- usługi pielęgniarские w miejscu zamieszkania,
- usługi świadczone przez fizjoterapeutę w miejscu zamieszkania,
- wsparcie psychologiczne,
- wsparcie psychoedukacyjne

2. Czy korzysta Pan/i z wybranych powyżej form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus?

- tak nie

IX. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „*Usługi społeczne i zdrowotne – szansą na lepsze życie w gminie Busko-Zdrój*” oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść **Klauzuli informacyjnej dotyczącej zbierania danych od osoby, której dane dotyczą.**

Zgodnie z art. 13 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) Administratorem danych osobowych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Busku-Zdroju, ul. Kościuszki 2a, 28-100 Busko-Zdrój, pełniąc rolę Beneficjenta dla programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, tel.: 41/ 370-51-00, e-mail: sekretariat@mgops.busko.pl
- 2) 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 e-mailem: iod@umig.busko.pl, tel. 41 370 52 60
- 3) Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja Projektu pn. „*Usługi społeczne i zdrowotne – szansą na lepsze życie w gminie Busko-Zdrój*” sfinansowanego zgodnie z Umową o dofinansowanie projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla



Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności dane będą przetwarzane do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników oraz archiwizacją dokumentacji.

- 4) Przetwarzane danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO), ale również jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO). W przypadku danych wizerunkowych podstawą przetwarzania będzie Pana/Pani zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO)
- 5) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a w przypadku gdy podanie danych jest dobrowolne podmiot danych zostanie o tym poinformowany, celem wyrażenia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych. W przypadku niepodania danych (z wyłączeniem danych wizerunkowych) nie będzie możliwe udzielenie wsparcia w ramach Projektu.
- 6) Dane osobowe są przechowywane przez okres realizacji Projektu pn. „**Usługi społeczne i zdrowotne – szansą na lepsze życie w gminie Busko-Zdrój**”, a po tym czasie będą przechowywane zgodnie z wymogami Projektu oraz kategorią archiwalną wynikająca z instrukcji archiwalnej obowiązującej Administratora.
- 7) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane innym instytucjom i podmiotom zaangażowanym w realizację Projektu pn. „**Usługi społeczne i zdrowotne – szansą na lepsze życie w gminie Busko-Zdrój**”, a 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 UMWS w Kielcach. Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021 na poziomie aplikacyjnym.
- 8) 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.
- 9) Dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- 10) 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).
- 11) 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.
- 12) Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w **Regulaminie Projektu pn. „Usługi społeczne i zdrowotne – szansą na lepsze życie w gminie Busko-Zdrój”**
- 13) Zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego Plus).
- 14) Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
- 15) Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.
- 16) Zostałam(em) poinformowana(y), o możliwości skorzystania z tego samego typu wsparcia tylko w jednym projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej.
- 17) Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
- 18) W przypadku Formularza Zgłoszeniowego w Projekcie osoby niepełnoletniej oświadczenie powinno być podpisane przez rodzica/prawnego opiekuna.

X. ZGODA NA WYKORZYSTYWANIE I UPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU w ramach Projektu „Usługi społeczne i zdrowotne – szansą na lepsze życie w gminie Busko-Zdrój”

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Beneficjenta w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i rzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach FEŚ.

Osoba wyrażająca zgodę, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Informacje wymagane art. 13 RODO znajdują się w obowiązku informacyjnym w pkt IX niniejszego Formularza.

Dane zawarte w niniejszej Deklaracji Uczestnictwa w Projekcie są zgodne z prawdą, a pkt. I i II są zgodne z danymi zawartymi w moim dowodzie osobistym:

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy (imię i nazwisko)*

*w przypadku osób niepełnoletnich, zgodę na uczestnictwo w Projekcie podpisuje rodzic lub opiekun prawny

XI. REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (w przypadku braku kontaktu z Uczestnikiem Projektu wypełnia Kierownik Projektu)

Z dniem-.....-..... roku rezygnuję z uczestnictwa w Projekcie. Jednocześnie oświadczam, iż powodem rezygnacji jest.....
.....