Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

Informacje wypełniane przez Beneficjenta	
Data wpływu formularza zgłoszeniowego:	

FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu „ Hospicjum domowe ”

Realizacja projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Dane podstawowe uczestnika/czki
Imię/imiona:
Nazwisko:
PESEL:
Płeć : ❒ kobieta ❒ mężczyzna
5. Wiek w chwili przystąpienia do projektu: ..... **lat**
Wykształcenie: ❒ brak ❒ podstawowe ❒ gimnazjalne ❒ ponadgimnazjalne ❒ pomaturalne ❒ wyższe
Dane kontaktowe:
Województwo: ..... **Powiat:** ❒ buski ❒ kazimierski ❒ pińczowski gmina: ..... miejscowość ..... ulica: ..... nr domu ..... nr lokalu ..... kod pocztowy ..... **telefon kontaktowy** ..... adres e-mail: .....
Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu:

Osoba bierna zawodowo: ❒ tak ❒ nie	
w tym: ❒ osoba ucząca się ❒ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ❒ inne	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	❒ tak ❒ nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, *w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych*	❒ tak ❒ nie
Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego *(należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)*	❒ tak ❒ nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - *w którym żadna z osób nie pracuje; wszyscy członkowie rodziny są bezrobotni albo bierni zawodowo.*	❒ tak ❒ nie
- **w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu**	❒ tak ❒ nie
Osoba pozostająca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu *(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
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, *(np. długotrwałej lub ciężkiej choroby, ubóstwa, zdarzenia losowego);*	❒ tak ❒ nie
Opieka nad osobą zależną, w tym:	❒ tak ❒ nie
• Dzieckiem do 7 roku życia • Inną osobą połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki	❒ tak ❒ nie ❒ tak ❒ nie
Przynależność do grupy docelowej – oświadczam, że:	
Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną	❒ tak ❒ nie
Czy wymaga Pan/Pani wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. kąpanie, ubieranie się , itp)	❒ tak ❒ nie
ukończyłem/am .... rok życia	❒ tak ❒ nie
Czy wymaga Pan/Pani stałej opieki medycznej	❒ tak ❒ nie
W tym ze względu na: ***(zakreśl odpowiednie)*** a) choroby nowotworowe; b) choroby wywołane przez HIV; c) następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego; d) układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy; e) kardiomiopatia; f) niewydolność oddechowa; g) owrzodzenie odleżynowe.	

Deklaracja udziału we wsparciu:	
Obowiązkowe formy wsparcia:	
- regularnych wizyt lekarza, pielęgniarki, psychologa, rehabilitanta, pracownika socjalnego;	❒ tak ❒ nie
- szkolenia z zasad udzielania pierwszej pomocy medycznej dla opiekuna osoby chorej;	❒ tak ❒ nie
Dodatkowe formy wsparcia	
- nieodpłatnych badań diagnostycznych zleconych przez lekarza	❒ tak ❒ nie
- w szczególnych przypadkach transportu na badania;	❒ tak ❒ nie
- pomocy wolontariuszy	❒ tak ❒ nie
- możliwości korzystania z wypożyczalni sprzętu medycznego	❒ tak ❒ nie

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Załącznikiem do formularza rekrutacyjnego jest zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj choroby zgonie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

…….....…… ……..……..……
Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu:	
Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy	❒tak ❒nie
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy	❒tak ❒nie
W tym długotrwale bezrobotny	❒tak ❒nie
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	❒tak ❒nie
Osobą pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)	❒tak ❒nie
osoba pracująca w administracji rządowej	❒tak ❒nie
osoba pracująca w administracji samorządowej	❒tak ❒nie
inne	❒tak ❒nie
osoba pracująca w MMŚP	❒tak ❒nie
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	❒tak ❒nie
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	❒tak ❒nie
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	❒tak ❒nie ❒tak ❒nie
Zatrudniony w: Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony	
Wykonywany zawód:	
Nauczyciel kształcenia zawodowego	❒tak ❒nie
Nauczyciel kształcenia ogólnego	❒tak ❒nie
Nauczyciel wychowania przedszkolnego	❒tak ❒nie
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	❒tak ❒nie
Pracownik instytucji rynku pracy	❒tak ❒nie
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	❒tak ❒nie
Rolnik	❒tak ❒nie
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	❒tak ❒nie
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	❒tak ❒nie
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	❒tak ❒nie
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	❒tak ❒nie
Instruktor praktycznej nauki zawodu	❒tak ❒nie
Inny	❒tak ❒nie

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

W związku z przystąpieniem do projektu pn. ***„Hospicjum domowe”*** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się regulaminem projektu pn. ***„Hospicjum domowe”*** nr. RPSW 09.02.03-IZ00-26-118/17 spełniam warunki tj. jestem osobą niesamodzielną ze względu na niepełnosprawność lub stan zdrowia(nieuleczalne choroby postępujące ograniczające życie, choroby nowotworowe i nienowotworowe o których mowa w zał. Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zamieszkałą na terenie powiatu buskiego, pińczowskiego, kazimierskiego.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej- Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, mający siedzibę przy al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce.
4. 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 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPO WŚ 2014-2020).
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu.
6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach RPO WŚ 2014-2020.
7. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjentowi realizującemu Projekt – Fundacja Gospodarcza Św. Brata Alberta ul. Sienna 5, 25-711 Kielce, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ.
8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji projektu i w okresie 1-ego miesiąca i 3-ech miesięcy po jego zakończeniu.
11. Jestem świadoma/y, że złożone w/w dokumentów nie jest równoznaczne zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

…… ……

Miejscowość i data — Czytelny podpis osoby składającej formularz rekrutacyjny (imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż na dzień składania Formularza Rekrutacyjnego do projektu **„Hospicjum domowe”** nie uczestniczę w żadnym z projektów współfinansowanych przez Europejski Fundusz Społeczny.

……. ……..

miejscowość, data podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Hospicjum domowe oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
2) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
   a) udzielenia wsparcia,
   a) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
   b) monitoringu,
   c) ewaluacji,
   d) kontroli,
   e) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
   f) sprawozdawczości,
   g) rozliczenia projektu,
   h) zachowania trwałości projektu,
   i) archiwizacji.
3) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Fundacja Gospodarcza Św. Brata Alberta 25-725 Kielce ul. Sienna 5 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
5) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postepowań administracyjnych.

6) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
7) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu pn. Hospicjum domowe oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
9) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

…..…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**