**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU –**

**OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**w ramach projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”**

**nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Formularz zgłoszeniowy do projektu może być wypełniony elektronicznie w języku polskim, należy go wydrukować w całości oraz czytelnie podpisać imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach.   
Podpis pod formularzem składa uczestnik projektu lub opiekun prawny lub opiekun faktyczny. Istnieje możliwość zastosowania formy pisma odręcznego (pismo drukowane). Niedopuszczalna jest ingerencja w treść Formularza zgłoszeniowego do projektu, usuwanie zapisów, logotypów. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. tak, nie).

**DANE UCZESTNIKA/CZKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obywatelstwo:** | □ obywatelstwo polskie  □ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE  □ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| **Rodzaj uczestnika:** | □ indywidualny |
| **Imię (imiona):** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL/ inny identyfikator:** |  |
| **Wiek** (w chwili przystąpienia do projektu): |  |
| **Płeć:** | □ kobieta □ mężczyzna |
| **Wykształcenie:** | □ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)  □ Średnie II Stopnia (ISCED 3)  □ Policealne (ISCED 4)  □ Wyższe (ISCED 5-8) |

**DANE TELEADRESOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kraj:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica i nr domu:** |  |
| **Obszar :** | □ obszar wiejski □ obszar miejski |
| **Kod pocztowy:** | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail):** |  |

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba obcego pochodzenia** | □ TAK □ NIE |
| **Osoba państwa trzeciego** | □ TAK □ NIE |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)** | □ TAK □ NIE  □ odmowa podania informacji |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | □ TAK □ NIE |
| **Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak należy dołączyć kopię orzeczenia)** | □ TAK □ NIE  □ odmowa podania informacji |
| **Osoba posiadająca status migranta** | □ TAK □ NIE |

**DANE DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | □ osoba bierna zawodowo, w tym:  □ osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie  □ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  □ inne  lub  □ osoba bezrobotna, w tym:  □ osoba długotrwale bezrobotna  □ inne  lub  □ Osoba pracująca, w tym:  □ osoba prowadząca działalność na własny rachunek  □ osoba pracująca w administracji rządowej  □ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)  □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  □ osoba pracująca w MMŚP  □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  □ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  □ osoba pracująca na uczelni  □ osoba pracująca w instytucie naukowym  □ osoba pracująca w instytucie badawczym  □ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  □ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  □ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  □ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej  □ inne  Jeśli zaznaczyłeś/ aś, że jesteś osobą pracującą podaj nazwę instytucji/ podmiotu:  ………………………………………………………………………. |
| Oświadczam, że jestemosobą zamieszkałą w woj. mazowieckim na terenie Gminy Wyszków w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego | □ TAK  □ NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [[1]](#footnote-2) | □ TAK  □ NIE  (jeśli tak, należy dołączyć zaświadczenie od lekarza/ orzeczenie/ inny dokument potwierdzający dany status) |
| Oświadczam, że nie otrzymuję jednocześnie tego samego wsparcia ze środków EFS+ w innym projekcie z zakresu usług społecznych dofinansowanym ze środków EFS+ | □ TAK  □ NIE  (jeśli tak, należy dołączyć oświadczenie) |
|  |  |

**Kryteria premiujące**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | **Kryteria premiujące** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| Jestem osobą o znacznym/ umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  (jeśli tak, należy dołączyć kopie orzeczenia/ innego dokumentu) |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną.  (jeśli tak, należy dołączyć kopie orzeczenia/ innego dokumentu) |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą z chorobami psychicznymi.  (jeśli tak, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie/ inny dokument) |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną.  (jeśli tak, należy dołączyć kopie orzeczenia/ innego dokumentu) |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.  (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10- poświadczonymi zaświadczeniem lekarskim/ inny dokument) |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027.  (jeśli tak, należy dołączyć kopie decyzji/ zaświadczenia potwierdzające korzystanie z FEPŻ/ inny dokument) |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą samotnie zamieszkującą.  (jeśli tak, należy dołączyć oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu) |  |  | **10 pkt** |

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ WSPARCIA**

*Proszę wybrać formy wsparcia stawiając znak „X” przy wybranej opcji.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proszę zaznaczyć usługę, której potrzebuje uczestnik zgłaszany do projektu:** | 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.Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia | ☐ TAK ☐ NIE |
| 6.Inne | ☐ TAK ☐ NIE |
| **Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia** |  | |
| **Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby** |  | |

**OŚWIADCZENIE**

*Złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).*

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**DLA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**w ramach projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”**

**nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona):** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |

Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. **„Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24** realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.

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

- mieszkam w województwie mazowieckim w Gminie Wyszków,

- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

- nie otrzymuje jednocześnie tego samego wsparcia ze środków EFS+ w innym projekcie z zakresu usług społecznych dofinansowanym ze środków EFS+.

Oświadczam, że:

1. zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do projektu dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach;
2. zostałem/-am poinformowany/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ………………………………………………  data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego | |  | |  |
| **WSTĘPNA DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | |
| **RODZAJ WSPARCIA** | | | | |
| Proszę wybrać (zaznaczyć znakiem „X”) rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat: | **Wsparcie w zakresie mieszkania wspomaganego** | |  | |
| **Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania** | |  | |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, w tym usługi rehabilitacyjne** | |  | |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, w tym usługi psychologiczne** | |  | |
| **Klub Seniora[[2]](#footnote-3)** | |  | |
| **Taxi społeczne** | |  | |

**OŚWIADCZENIA**

**DLA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**w ramach projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”**

**nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona):** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |

**Oświadczenie o samotnym zamieszkaniu**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że jestem\*/ nie jestem\* osobą samotnie zamieszkującą.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis

Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

**Oświadczenie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że jestem\*/ nie jestem\* Osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że otrzymuję\*/ nie otrzymuję\* jednocześnie tego samego wsparcia ze środków EFS+ w innym projekcie z zakresu usług społecznych dofinansowanym ze środków EFS+.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

**UPOWAŻNIENIE**

**OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**w ramach projektu** **pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”**

**nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Ja........................................................................................................................................................, legitymująca/y się dowodem osobistym (seria i numer) ....................................................................,

wydanym w dniu ........................................, przez ………………......................................................,

PESEL ..........................................., zamieszkała/y w......................................................................... przy ul. ..............................................................................................................................................., ze względu na swój stan zdrowia upoważniam

…………………………………....................................................... (imię i nazwisko), legitymującego/-cą się dowodem osobistym (seria i numer) …........................................................., wydanym w dniu ........................................, przez ............................................................................. PESEL ............................................., zamieszkałą/łego w ……………….......................................... przy ul. ...............................................................................................................................................

do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz czynności formalnych związanych z moim udziałem w projekcie pn. **„Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24**

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje w szczególności upoważnienie do:

– składania oświadczeń woli, wniosków, pism oraz podań, podpisywania wszelkich dokumentów jak również odbioru i kwitowania odbioru wszelkiej korespondencji związanej z udziałem w projekcie, przesyłek, dokumentów, protokołów odbioru

– podpisywania kart potwierdzających skorzystanie z przysługujących mi usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych/ innych

Niniejsze powyższe upoważnienie udzielane jest na czas nieoznaczony mojego udziału w projekcie pn. . **„Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”.**

……………………………………..……………………………..……

Data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Oświadczam, że:**

- zostałem/am poinformowany/a, iż „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24 jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;

- zapoznałem/am i akceptuję Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24

- zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w projekcie;

- jestem świadomy/a, że wypełnienie Formularza zgłoszeniowego do projektu oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie nie gwarantują udziału w projekcie oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komitet rekrutacyjny projektu biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji;

- zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” przez:

* Zarząd Województwa Mazowieckiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027,
* Mazowiecką Jednostkę Wdrażania Programów Unijnych pełniącą funkcję Instytucji Pośredniczącej Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027,
* Beneficjenta projektu Gminę Wyszków,
* Partnera Projektu Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych,
* Realizatora Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkowie.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z realizacją „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”. Przetwarzanie w/w danych 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 programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027;

- na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn. zm.) **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” przez Gminę Wyszków, Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkowie. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” przez Gminę Wyszków, Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkowie. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.**

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

**Klauzula informacyjna dla osoby,**

**której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu**

W związku z Państwa udziałem w realizacji Projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24 w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 na podstawie 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) (dalej: RODO), informuję iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest:

* Beneficjent Projektu Gmina Wyszków
* Partner Projektu Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych
* Realizator Ośrodek Pomocy Społecznej w Wyszkowie

2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email [iod@wyszkow.pl](mailto:iod@wyszkow.pl) i listownie.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że Państwa dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta, obowiązków prawnych ciążących na nim w związku z realizacją ww. Projektu, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników. Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24 oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowe,

2) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013,

3) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności,

4) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (dalej: ustawa wdrożeniowa).

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie Projektu nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24 obowiązków w związku z realizacją Projektu nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24 pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków”.

5. Państwa dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym wskazanym w art. 89 ustawy wdrożeniowej, w szczególności:

1) Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,

2) Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,

3) Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 – Zarządowi Województwa Mazowieckiego, ul. Jagiellońska 26, 00-926 Warszawa,

4) Instytucji Pośredniczącej Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, tj. Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa,

5) Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,

6) w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy, oraz Państwa dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania lub udostępnione podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.

6. Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 lub Beneficjenta oraz podmiotom, którym zostało zlecone wykonywanie zadań w ramach FEM 2021-2027, a także organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych oraz podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, a także innym podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa.

7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

8. Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

9. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 87 ust. 1 ustawy wdrożeniowej.

10. W każdym czasie przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.

11. Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 3.

12. Przysługują Państwu następujące prawa:

1. Prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO)
2. Prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO)
3. Prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO)- jeśli nie zaistniały okoliczności o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO
4. Prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania sowich danych (art. 18 RODO)
5. Prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) – jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. B RODO), oraz w sposób zautomatyzowany
6. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) – w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

13. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

14. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.

**Klauzula informacyjna Instytucji Zarządzającej**

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 RODO[[3]](#footnote-4)), w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027[[4]](#footnote-5)), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

Administrator

Odrębnym administratorem Państwa danych jest Zarząd Województwa Mazowieckiego będący Instytucją Zarządzającą Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 26, 00-926 Warszawa.

1. Cel przetwarzania danych

1. dane osobowe będą przetwarzać w związku z realizacją FEM 2021-2027, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników;
2. podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

2. Podstawa przetwarzania

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że:

Zobowiązuje nas do tego **prawo** (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g):

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 159, z późn. zm.);
2. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);
3. ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93.

3. Sposób pozyskiwania danych

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

4. Dostęp do danych osobowych

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

1. podmiotom, którym zleciliśmy wykonywanie zadań w ramach FEM 2021-2027;
2. organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych;
3. podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym;
4. innym podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa.

5. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 2.

6. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO);
2. prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO);
3. prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO;
4. prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO);
5. prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany[[5]](#footnote-6);
6. prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

7. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

8. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

9. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Instytucję Zarządzającą FEM 2021-2027, prosimy kontaktować się pod adresem: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. (22) 5979-100, email: urzad\_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP: /umwm/SkrytkaESP. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mazovia

**W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” oświadczam, że zapoznałem/am się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ (RODO) i akceptuję jej zapisy.**

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

**Załączniki do formularza zgłoszeniowego:**

*Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem “X” dołączonych do formularza zgłoszeniowego)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa dokumentu** | **TAK** | **NIE** | **Nie dotyczy** |
| 1 | Deklaracja uczestnictwa w projekcie |  |  |  |
| 2 | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy) |  |  |  |
| 3 | Zaświadczenie od lekarza/ orzeczenie/ inny dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |  |  |  |
| 4 | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzająca znaczny/ umiarkowany stopień niepełnosprawności i/lub niepełnosprawność sprzężoną i/lub niepełnosprawność intelektualną (jeśli dotyczy) |  |  |  |
| 5 | Kserokopia zaświadczenia lekarskiego potwierdzająca posiadane choroby psychiczne i/lub całościowe zaburzenia rozwojowe (jeśli dotyczy) |  |  |  |
| 6 | Kopia decyzji/ zaświadczenia potwierdzająca korzystanie z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (jeśli dotyczy) |  |  |  |
| 7 | Oświadczenia stanowiące załącznik do formularza rekrutacyjnego |  |  |  |

**UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**„Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

zawarta w Wyszkowie w dniu …………………………………………………... pomiędzy:

**Gminą Wyszków, Aleja Róż 2, 07-200 Wyszków/ Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Wyszkowie, ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszków,** reprezentowaną przez **Agnieszkę Mróz – Dyrektora OPS w Wyszkowie** realizującą w województwie mazowieckiem projekt pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, zwanym w dalszej części umowy **„Beneficjentem”**

a uczestnikiem projektu:

Imię i nazwisko: …………………………..…………………………………………………………………..

zamieszkałym w ……………………………………… przy ul. …………………………………...………,

nr PESEL: …………………………………………………………………………………………………, zwanym **„Uczestnikiem Projektu”**

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział Uczestnika Projektu w projekcie pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.
2. Umowa zawarta jest na czas trwania form wsparcia i nie dłużej niż do zakończenia projektu, tj. do 30.04.2026 r.

**§ 2**

1. Beneficjent realizuje projekt pn. „Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków” nr FEMA.08.05-IP.01-04OU/24współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 w okresie od 01.03.2025 roku do 30.04.2026 roku.
2. Uczestnik projektu jest zobowiązany do udziału w następujących/wybranych formach wsparcia:

* opracowanie Indywidualnych Planów Wsparcia
* mieszkanie wspomagane, w tym usługi opiekuńcze, rehabilitacja, wsparcie psychologa, treningi umiejętności, integracja ze społeczeństwem
* klub seniora w tym warsztaty rozwijające umiejętności i zainteresowania, wyjścia fo kina/teatru/basen, spotkania integracyjne
* usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania
* specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w tym rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu, współpraca ze specjalistami w zakresie wsparcia psychologiczno-pedagogicznymi i edukacyjno-terapeutycznymi

1. Świadczenia realizowane w ramach projektu są nieodpłatne.

**§ 3**

1. Uczestnik Projektu oświadcza, iż zapoznał się z Regulaminem Projektu i Uczestnik Projektu spełnia warunki uczestnictwa w projekcie (m.in. zamieszkanie na terenie gminy Wyszków, posiadanie statusu osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, nie otrzymywanie jednocześnie tego samego wsparcia ze środków EFS+ w innym projekcie z zakresu usług społecznych dofinansowanym ze śr. EFS+).
2. Uczestnik Projektu jest świadomy odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności cywilnej, za składanie nieprawdziwych oświadczeń, na podstawie których Uczestnik Projektu został zakwalifikowany do udziału w projekcie.
3. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do wypełniania testów monitoringowych, ewaluacyjnych oraz wszelkich dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu w czasie jego trwania.

**§ 4**

Uczestnik Projektu wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji, kontroli i audytu projektu oraz na wykorzystanie wizerunku w celu udokumentowania realizacji projektu.

**§ 5**

Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu oraz Beneficjenta, związane z realizacją Projektu, określone są w Regulaminie Projektu.

**§ 6**

1. Rezygnacja z udziału w Projekcie możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach i następuje poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej.
2. Beneficjent zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika Projektu z listy uczestników w przypadku naruszenia regulaminu oraz zasad współżycia społecznego.

**§ 7**

1. Zmiana warunków niniejszej Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Prawem właściwym dla oceny wzajemnych praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy, jest prawo polskie.
3. Jurysdykcja do rozstrzygania sporów wynikłych na tle stosowania niniejszej umowy jest po stronie sądów polskich.
4. W okresie trwania niniejszej umowy strony są zobowiązane informować się nawzajem na piśmie o każdej zmianie adresu swojego zamieszkania lub siedziby. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję wysłaną na uprzednio wskazany adres listem poleconym za potwierdzeniem odbioru i nieodebraną, uważa się za doręczoną.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają: przepisy Kodeksu Cywilnego. Sprawy wynikłe na tle niniejszej Umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Beneficjenta.
6. Wszelką korespondencję dotyczącą projektu należy kierować na adres Biura Projektu:OPS w Wyszkowie, ul. 3 Maja 16, 07-200 Wyszków.

**§ 8**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego

…………………………………………………….

podpis i pieczęć Beneficjenta

1. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-2)
2. Wsparcie kierowane do osób w wieku poprodukcyjnym, tj. od 60 roku życia [↑](#footnote-ref-3)
3. ) Rozporządzenie 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 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-4)
4. ) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U. poz. 1079), zwana dalej „ustawą wdrożeniową”. [↑](#footnote-ref-5)
5. ) Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera. [↑](#footnote-ref-6)