

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY	
do udziału w projekcie pn. <i>Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych</i> Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa 11. <i>Włączenie społeczne</i> Działanie 11.2 <i>Usługi społeczne i zdrowotne</i>	
Tytuł projektu:	<i>Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych</i>
Partner Wiodący/Beneficjent:	Stowarzyszenie Integracji Rodzin PRZYSTAŃ w Chełmie
Partner:	Stowarzyszeniem Aktywnych Animatorów Kultury w Hrubieszowie
Nr umowy o dofinansowanie/ okres realizacji projektu:	RPLU.11.02.00-06-0013/16 / 1.09.2017-31.08.2020

1. Nazwisko Uczestniczki/Uczestnika (proszę wypełnić drukowanymi literami)

--

2. Imię

--

3. PESEL

	wiek w chwili przystąpienia do projektu:
--	--

4. Dane podstawowe

Data urodzenia	dzień..... miesiąc rok.....	Miejsce urodzenia	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe		

5. Adres zamieszkania

Kod		Miejscowość	
Ulica			Nr domu, lokalu
Województwo			Powiat
Gmina			Adres e-mail
Telefon stacjonarny		Tel. komórkowy	
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> obszar miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)		

6. Forma wsparcia (proszę wybrać jedną formę) – zgodnie z zaświadczeniem lekarskim:

- pobyt w Dziennym Ośrodku Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnym** w godz. 8-17 w dni powszednie
- opieka domowa** w zakresie określonym w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych*
- pomoc sąsiadzka**

7. Dane adresowe/telefoniczne najbliższego członka rodziny/opiekuna/-ki prawnego/-ej



Imię							Nazwisko													
Stopień pokrewieństwa/ zależności																				
DANE ADRESOWE/TELEFONICZNE																				
Kod				-			Miejscowość													
Ulica							Nr domu, lokalu													
Województwo							Powiat													
Gmina							Adres e-mail													
Telefon stacjonarny							Tel. komórkowy													

Imię							Nazwisko												
Stopień pokrewieństwa/ zależności																			
DANE ADRESOWE/TELEFONICZNE																			
Kod				-			Miejscowość												
Ulica							Nr domu, lokalu												
Województwo							Powiat												
Gmina							Adres e-mail												
Telefon stacjonarny							Tel. komórkowy												

8. Sytuacja rodzinna:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> rodzina pełna | <input type="checkbox"/> małżonkowie rozwiedzeni |
| <input type="checkbox"/> rodzina niepełna | <input type="checkbox"/> opieka nad dzieckiem/dziećmi |
| <input type="checkbox"/> rodzina rozbita | <input type="checkbox"/> jeden z opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem niepełnosprawny |
| <input type="checkbox"/> osoba samotna | |

10. Sytuacja na rynku pracy

- emeryt rencista
 osoba aktywna zawodowo, pracująca, w tym:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> w administracji rządowej | <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej |
| <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej | <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek |
| <input type="checkbox"/> w MŚP | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |

Zawód wykonywany:

Nazwa/adres zakładu pracy:

- osoba bierna zawodowo, w tym:
- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ucząca się | <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> inne |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|



- osoba niezarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:
- osoba długotrwale bezrobotna inne
- osoba bezrobotna (w rozumieniu BAEL lub zarejestrowana w urzędzie pracy), w tym:
- osoba długotrwale bezrobotna inne
- osoba długotrwale bezrobotna (osoby bezrobotne w rozumieniu definicji BAEL lub zarejestrowana w urzędzie pracy nieprzerwanie przez okres powyżej 12 miesięcy)

11. Opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobami zależnymi: tak nie

12. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: tak nie

13. Rodzaj niepełnosprawności:

.....

.....

.....

Wymagam następujących udogodnień.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Pozostałe dane:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
- w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na
Uczestnika/Uczestniczkę lub Opiekuna
Prawnego Kandydatki/Kandydata

*Niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDAKI

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

Deklaruję chęć udziału w projekcie *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*.

Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie oświadczam, że akceptuję warunki *Regulaminu*.

Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.



Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej), z zastrzeżeniem, że odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

W związku z kandydowaniem na Uczestnika projektu *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- a) wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 (RPO WL).
- b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usług Projektu;
- c) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020;
- d) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- e) mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania;
- f) moja zgoda obejmuje również przetwarzanie ww. danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się do 6 m-cy od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

Jestem świadomy/a, iż złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
*Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na
Uczestnika/Uczestniczkę lub Opiekuna
Prawnego Kandydatki/Kandydata*

Dane członka rodziny/stopień pokrewieństwa zobowiązanego do przygotowania Uczestnika/Uczestniczki do transportu:

...../..... Nr tel.

Data wpływu formularza: _____ - _____ - _____ r.

.....
Podpis osoby przyjmującej formularz:



Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIUM GRUPY DOCELOWEJ
projektu pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**
nr RPLU.11.02.00-06-0054/18,
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 11. *Włączenie społeczne*
Działanie 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*

Ja, niżej podpisana/y (wpisać imię i nazwisko)

.....
oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**, realizowanym przez Stowarzyszenie Integracji Rodzin PRZYSTAŃ w Chełmie, tj.:

- a) na dzień przystąpienia do projektu mam ukończone 55 lat;
- b) zamieszkuję na terenie miasta Chełm lub powiatu chełmskiego;
- c) jestem osobą niesamodzielną na skutek schorzeń lub niepełnosprawności lub podeszłego wieku – co utrudnia mi samodzielność i w związku z tym wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
- d) jestem zdolny/zdolna do udziału w Projekcie;
- e) wyrażam chęć uczestnictwa w Projekcie;
- f) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych,

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- a) przestrzegania zasad uczestnictwa w Projekcie,
- b) niezwłocznego informowania Stowarzyszenia Integracji Rodzin PRZYSTAŃ o zmianie jakichkolwiek danych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych,
- c) systematycznego i aktywnego uczestnictwa we wszystkich obowiązkowych działaniach projektu,
- d) uczestnictwa w monitoringu, w szczególności do wypełniania niezbędnych ankiet i formularzy;
- e) udzielania informacji na temat swoich losów rodzinnych i zawodowych w trakcie trwania wsparcia w ramach projektu oraz do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

Oświadczam, że:

jestem świadomy/a praw i obowiązków związanych z realizacją projektu **Rodzinną PRZYSTAŃ** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa: 11 Włączenie Społeczne, Działanie 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Uczestniczki/Uczestnika
lub opiekuna prawnego¹

¹ Oraz jego przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy).

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,

2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
- b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.

2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 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 20.12.2013, str. 320, 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 20.12.2013, str. 470, 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 30.09.2014, str. 1).

3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

- a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
- b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

- a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
- b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt – Stowarzyszenie Integracji Rodzin Przyszań, 22-100 Chełm, ul. Ogrodowa 46, Stowarzyszenie Aktywnych Animatorów Kultury, 22-500 Hrubieszów, ul. 3 Maja 37 (nazwa i adres beneficjenta oraz ewentualnych partnerów),
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów)².

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych

² Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.



- w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 - 7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlą beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 - 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.³
 - 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
 - 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 - 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grotgera 4, 20-029 Lublin.
 - 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 - 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
 - 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
 - 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
 - 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 - 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b. Osoba z niepełnosprawnościami
 - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

- 1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji
- 2) Osoba z niepełnosprawnościami
 wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji
- 3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 - c. Osoba z niepełnosprawnościami wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Uczestniczki/Uczestnika
lub opiekuna prawnego

³ Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.



**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
REALIZOWANYM W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO 2014-2020**

Ja PESEL

Imię i nazwisko *Pesel*

- deklaruję udział w projekcie ***Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych***, realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr RPLU.11.02.00-06-0054/18;
- oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej 11 *Włączenie społeczne* Działania 11.2 *Usługi społeczne i zdrowotne* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020;
- oświadczam, iż zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa projekcie pn. „Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych”*, w pełni go akceptuję oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie. Oświadczam, iż zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, tym samym oświadczam, iż podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
*Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki
lub Opiekuna prawnego*

Oświadczenie

Oświadczam, że w terminie udziału w projekcie pn. ***Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych*** nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych projektów współfinansowanych z środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
*Data, czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
lub Opiekuna Prawnego*



OŚWIADCZENIE

o korzystaniu/niekorzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

Ja, niżej podpisany/a

oświadczam, że jestem osobą lub członkiem rodziny, która korzysta / nie korzysta* z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

W przypadku korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych** nie będzie powielał działań, które ja lub moja rodzina otrzymała lub otrzymuje z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

Uprzedzony/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszy oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki
lub Opiekuna Prawnego

Załącznik nr 7
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że jestem/ nie jestem* osobą samotnie gospodarującą i moje dochody netto/ średnie dochody netto wszystkich członków rodziny zamieszkałych w jednym gospodarstwie domowym* wynoszą:

..... zł (słownie:
.....)

.....
Data, czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
lub Opiekuna Prawnego

*Niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Ja, niżej podpisany/podpisana

.....PESEL.....
(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki do projektu)

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem/nie jestem⁴ osobą, u której występują co najmniej 2 przesłanki określone w pkt. 13 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj. jestem⁵:

Osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

Osobą z niepełnosprawnością – osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;

Członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;

Osobą, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);

Osobą niesamodzielną;

Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

Osobą korzystającą z PO PŻ.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
na Uczestnika/Uczestniczkę lub Opiekuna Prawnego

⁴ Niewłaściwe skreślić

⁵ Zaznaczyć właściwy podpunkt



Zaświadczenie lekarskie

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że

Pan/ Pani

Imię i nazwisko PESEL.....

jest osobą niesamodzielną lub/i niepełnosprawną⁶ w rozumieniu wytycznych, zakresie realizowanych przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność⁷ wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia.

Stwierdzam, że:

- nie ma przeciwwskazań do udziału we wsparciu Dziennego Ośrodka Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnego – zgodnie z załącznikiem nr 1
- istnieją przeciwwskazania do udziału we wsparciu Dziennego Ośrodka Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnego – zgodnie z załącznikiem nr 1

Dodatkowe informacje o pacjencie

Przyjmowane leki i sposób dawkowania:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Dodatkowe informacje o pacjencie (choroby, rodzaj niepełnosprawności, ograniczenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁶ Niepotrzebne skreślić

⁷ Niepotrzebne skreślić



Miejscowość i data

pieczęć i podpis lekarza

Załącznik nr 1
do Zaświadczenia lekarza

Wyciąg z Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych
nr RPLU.11.02.00-06-0054/18

1. Formy wsparcia
 - 1) świadczone w dni powszednie w godz. 8-17 przez opiekunów i pielęgniarki;
 - 2) dowóz z miejsca zamieszkania do Ośrodka (na podstawie zalecenia lekarza) i z powrotem;
 - 3) wsparcie psychologiczne: grupowe (2 razy/tyg. po 1 godz.) i indywidualne (min. 1 spotkanie po 1 godz./m-c),
 - 4) wsparcie terapeutyczne – terapia rodziny: zajęcia z udziałem członków rodzin/ krewnych (1 spotkanie x 2 godz. co 2 miesiące),
 - 5) terapie zajęciowe:
 - a) arteterapia (2 razy/tyg. po 2godz.),
 - b) terapia tańcem (2 razy/tyg. po 0,5 godz.),
 - c) muzykoterapia (2 razy/tyg. po 0,5 godz.),
 - d) treningi „nordic walking” (2 razy/tyg. po 0,5 godz.),
 - 6) rehabilitacja ruchowa usprawniająca: zajęcia grupowe (ćwiczenia ogólnorozwojowe) i indywidualne (po 3 godz./tyg. dla każdego U).
 - 7) zajęcia kulturalno-edukacyjne w grupach 3-8-osobowych
 - a) **Nie bądź wczorajszy** – zajęcia z udziałem policjanta, bankowca, informatyka, samorządowca (2 godz. w miesiącu),
 - b) **W grupie wesoło** – ciekawe pomysły na spędzenie czasu wolnego (2 razy po 2 godz. w miesiącu),
 - c) **Żyj zdrowo** – zajęcia z dietetykiem (4 razy po 2 godz. w roku),
 - d) **Wodny aerobik** – zajęcia na basenie (1 raz po 1 godz. w tygodniu),
 - e) **Turystyka regionu** – zajęcia z regionalistą, wycieczki (4 razy po 2-3 godz. w roku),
 - f) **Z kulturą na „Ty”** – spotkania z ciekawymi ludźmi ze świata kultury (1 raz po 1 godz. w miesiącu).
2. Wsparcie oferowane w miejscu zamieszkania Uczestnika/Uczestniczki (zgodnie z zaleceniem lekarza) obejmuje:
 - 1) usługi opiekuńcze, higieniczne i pielęgnacyjne,
 - 2) rehabilitacja indywidualna (3 godz./tygodniowo),
 - 3) wsparcie psychologiczne indywidualne (min. 1 spotkanie po 1 godz./m-c),
 - 4) wsparcie terapeutyczne – terapia rodziny: zajęcia z udziałem członków rodzin/ krewnych (1 spotkanie x 2 godz. co 2 miesiące),
 - 5) pomoc w zakupach,
 - 6) pomoc w przygotowaniu posiłków, praniu, sprzątaniu, uiszczaniu opłat itp.
3. Wsparcie oferowane dla 30 osób w DORP i 10 osób objętych opieką w miejscu zamieszkania w ramach projektu obejmuje ponadto:
 - 1) catering uwzględniający indywidualne diety,
 - 2) ubezpieczenie,
 - 3) środki sanitarno-higieniczne podczas pobytu w ośrodku
 - 4) gorące i zimne napoje itp.

Wniosek lekarza
o objęcie Uczestnika/Uczestniczki rehabilitacją ruchową – usprawniającą

Wniosuję o objęcie

Pana/Pani (imię i nazwisko)

wsparciem w formie rehabilitacji ruchowej – usprawniającej, realizowanej w ramach projektu pn. Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych, współfinansowanego przez Unię Europejską z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

1. Rozpoznanie:

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

2. Cel zabiegu/ów (określenie dysfunkcji)

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

3. Wskazane rodzaje sprzętu do ćwiczeń

Rodzaje sprzętu do ćwiczeń/rehabilitacji	TAK ⁸	NIE ⁹
Ogrodowy zestaw – ławka z rowerkiem		
Talerze/koła, urządzenie do ćwiczeń szyi, ramion, nadgarstków		
Ścieżka z poręczami i pochylnią do ćwiczenia koordynacji		
Tablica z labiryntem wersja dla os. na wózkach		
Chodzik		
Poduszka sensomotoryczna		
Trener dłoni		
Poręcze do nauki chodzenia		
Schody do nauki chodzenia		
Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń rąk		
Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń nóg		
Rower rehabilitacyjny poziomy		
Piłki rehabilitacyjne		
Steper		
Rollery		
Kijki do nordic walking		
Drabinka przyścienna		
Chusty do aerial jogi		

⁸ W każdej pozycji wpisać T lub N.

⁹ W każdej pozycji wpisać T lub N.



4. Zalecany rodzaj masażu:

Rodzaj masażu	Okolice ciała	Czas zabiegu	Częstotliwość

5. Zalecany rodzaj ćwiczeń usprawniających:

Rodzaj ćwiczeń	Czas ćwiczeń	Częstotliwość

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza

*Załącznik nr 15
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych*



Wniosek lekarza o transport

Wnioskuje o objęcie

Pana/Pani PESEL.....
(imię i nazwisko)

wsparciem w formie **bezpłatnego** dowozu do Dziennego Ośrodka Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnego (Chełm, ul. Ogrodowa 46) z miejsca zamieszkania, tj.

.....
(adres)

i z powrotem. Transport będzie realizowany w ramach projektu pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych (DORP)**, współfinansowanego przez Unię Europejską z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

UZASADNIENIE:

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

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza



Załącznik nr 16
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych**

ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE TRANSPORTU

Ja, niżej podpisany/podpisana

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny Kandydata/Kandydatki do projektu)

Tel. Kontaktowy nr

w imieniu swoim oraz rodziny/opiekunów osoby

.....PESEL.....
(Imię i nazwisko, PESEL Kandydata/teki do Projektu)

w związku z prowadzonym procesem rekrutacji do udziału w projekcie pn. **Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny dla Osób Starszych w Chełmie (DORP)**, współfinansowanego przez Unię Europejską z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Beneficjentem i Wykonawcą usługi transportowej Uczestników Projektu w przygotowaniu ww. osoby do transportu z miejsca zamieszkania do **Dziennego Ośrodka Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnego dla Osób Starszych** i z powrotem do miejsca zamieszkania.

Tym samym oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport uczestnika z miejsca zamieszkania do **Dziennego Ośrodka Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnego dla Osób Starszych** z powrotem do miejsca zamieszkania jest organizowany przez Beneficjenta – Stowarzyszenie Integracji Rodzin PRZYSTAŃ w Chełmie.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis członka rodziny/opiekuna prawnego