



**Załącznik nr 1. do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ZDROWIE NA PLUS.
Kompleksowy program opieki długoterminowej”**

FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU

Data wpływu dokumentu do biura projektu Numer kancelaryjny

Realizator projektu	Fundacja Synergium
Nazwa projektu	„ZDROWIE NA PLUS. Kompleksowy program opieki długoterminowej”
Numer projektu	FELU.08.06-IZ.00-0035/26
Program operacyjny	Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Priorytet	VIII Zwiększenie spójności społecznej
Działanie	8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f)

Formularz należy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami.

A. DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU											
IMIĘ (IMIONA)										PŁEĆ K/M	
NAZWISKO											
PESEL											
WYKSZTAŁCENIE należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia										☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)	
OBYWATELSTWO										☐ polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec	
DANE TELEADRESOWE/ ADRES ZAMIESZKANIA ¹											
Ulica											
Nr domu						Numer lokalu					
Miejscowość											
Kod pocztowy						Gmina					
Powiat						Województwo					
DANE KONTAKTOWE Należy podać minimum jeden sposób kontaktu											
Nr telefonu											
Adres email											

¹ Zgodnie z art.25 Kodeksu Cywilnego- miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu

**B. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU**

Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE
Osoba państwa trzeciego	☐ TAK	☐ NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanych takich jak np. Romowie)	☐ TAK	☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE
Osoba z niepełnosprawnościami ² (należy dołączyć odpowiedni dokument)	☐ TAK	☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI
Osobą wykluczoną społecznie (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ TAK	☐ NIE

C. AKTUALNY STATUS NA RYNKU PRACY

Oświadczam, że jestem osobą pracującą	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo:	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	☐ TAK	☐ NIE
Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną	☐ TAK	☐ NIE
Doświadczenie zawodowe (w latach):		

POTRZEBY/ USPRAWNIENIA DLA UCZESTNIKA PROJEKTU Specyficzne wymagania/ potrzeby związane z udziałem w projekcie uczestnika wynikające z niepełnosprawności/ specjalnych potrzeb rozwojowych, edukacyjnych, z innych istotnych powodów, dotyczące m.in. dostępności, w tym miejsca realizacji zajęć, sposobu prowadzenia zajęć, dostępności przekazywanych treści, przekazywania materiałów w formie dostępnej (np. większa czcionka, kontrast), stosowania różnych rodzajów przekazu informacji, w zakresie żywienia, zapewnienia asystenta osoby z niepełnosprawnością, itp.

☐ **NIE DOTYCZY**

² osoba z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

**D. OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIUM GRUPY DOCELOWEJ**

Oświadczam, że:	Proszę zaznaczyć właściwe	Dokument wymagany na potwierdzenie
Jestem osobą dorosłą (18+) uczącą się, pracującą lub zamieszkującą na obszarze powiatów: łukowski, rycki, puławski, lubelski oraz m. Lublin	☐ TAK ☐ NIE	
Jestem osobą narażoną na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającą w instytucjach całodobowych lub	☐ TAK ☐ NIE	Skierowanie/decyzja o potrzebie umieszczenia w instytucji całodobowej lub zaświadczenie o przebywaniu w instytucji całodobowej
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność	☐ TAK ☐ NIE	zaświadczenie lekarskie; orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności; wywiad środowiskowy; zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej; ocena potrzeby wsparcia
Jestem opiekunem faktycznym lub otoczeniem osoby narażonej na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającej w instytucjach całodobowych	☐ TAK ☐ NIE	Wywiad środowiskowy
Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie analogicznego wsparcia z innych programów finansowanych ze środków polityki spójności	☐ Otrzymuję ☐ Nie otrzymuję	

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata

OŚWIADCZENIE**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

- Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**ZDROWIE NA PLUS. Kompleksowy program opieki długoterminowej**” nr **FELU.08.06-IZ.00-0035/26**, realizowanym przez **FUNDACJĘ SYNERGIUM** (Realizator), oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora Projektu.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**ZDROWIE NA PLUS. Kompleksowy program opieki długoterminowej**” nr **FELU.08.06-IZ.00-0035/26** i



akceptuję jego warunki. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do przestrzegania praw i obowiązków uczestnika projektu określonych w niniejszym Regulaminie oraz spełnianiu kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie w przypadku, gdy byłoby to konieczne z uwagi na zmianę warunków realizacji Projektu, a także w przypadku pisemnego zalecenia wprowadzenia określonych zmian ze strony Instytucji Zarządzającej.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021- 2027.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się mojego do udziału w projekcie, a złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację Projektu.
6. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia zaplanowanym w ramach projektu, tj. we wszystkich zaplanowanych dla uczestnika wsparciach i pomocy, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
7. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych (w tym w szczególności osobowych, kontaktowych, dot. spełnienia kryteriów grupy docelowej) wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
8. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, prowadzonych przez Realizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
9. Zobowiązuję się do przekazania informacji, na temat sytuacji po opuszczeniu projektu, obejmujących efekty wsparcia monitorowane we wskaźnikach rezultatu.
10. Na podstawie art. 81 ust 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**³ na rejestrowanie mojego wizerunku podczas udziału w zajęciach w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej poprzez umieszczanie zdjęć na stronach internetowych oraz portalach społecznościowych Beneficjenta i realizatorów projektu w celach realizacji działań informacyjno-promocyjnych. Jednocześnie wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji dla niego obraźliwej lub naruszać w inny sposób jego dobra osobiste.
11. Nie biorę udziału w innych projektach dofinansowanych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
12. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
13. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oraz świadomy/a tej odpowiedzialności oświadczam, że podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata

³ Niewłaściwe skreślić



Załącznik nr 2. do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ZDROWIE NA PLUS.

Kompleksowy program opieki długoterminowej”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Na podstawie 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) (Dz. U.UE.L.2016.119.1), dalej zwanego RODO, przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Synergium, ul. Ignacego Daszyńskiego 19 / 76, 20-250 Lublin, zwany dalej Administratorem;
- 2) z inspektorem danych osobowych mogę się skontaktować pod e-mail: fundacjasynergium@wp.pl
- 3) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Fundacji SYNERGIUM, Realizatorowi projektu „**ZDROWIE NA PLUS. Kompleksowy program opieki długoterminowej**”; pozostałym administratorom, uczestniczącym we wdrażaniu Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027; tj. Instytucji Zarządzającej (Zarząd Województwa Lubelskiego w Lublinie) oraz Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego)
- 4) moje dane będą przekazywane do CST2021 – centralnego systemu teleinformatycznego oraz SM EFS– Systemu Monitorowania EFS przeznaczony jest do obsługi procesu monitorowania podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027.
- 5) moje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do realizacji procesu rekrutacji i udziału w projekcie „**ZDROWIE NA PLUS. Kompleksowy program opieki długoterminowej**”;
- 6) Odbiorcami moich danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa. Dostęp do moich danych posiadają upoważnieni przez administratora pracownicy i współpracownicy, którzy muszą mieć dostęp do danych, by wykonywać swoje obowiązki.
 - a) podanie danych jest niezbędne do udziału w projekcie, w przypadku niepodania danych niemożliwe będzie rozpoczęcie udziału w projekcie;
 - b) posiadam prawo do:
 - dostępu do swoich danych oraz otrzymywania ich kopii;





- do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych (uwaga: dostęp, usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie);
- do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- do przenoszenia danych (uwaga: pozytywne rozpatrzenie sprzeciwu lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie);
- do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa), jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzamy Pani/Pana dane niezgodnie z prawem.

7) Moje dane osobowe będą przechowywane przez Fundację SYNERGIUM z siedzibą przy ul. Ignacego Daszyńskiego 19/76, 20-250 Lublin, przez okres ustalony zgodnie z poniższymi zasadami:

a) dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, w jakim zostały zebrane, następnie przez okres wynikający z kategorii archiwalnej danej sprawy, a po jego upływie – przez czas wymagany przepisami prawa w zakresie archiwizacji dokumentów oraz do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń;

b) w przypadku wyrażenia zgody (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO) dane osobowe będą przetwarzane do chwili jej wycofania, jednak nie dłużej niż przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały zebrane, z uwzględnieniem obowiązków archiwizacyjnych wynikających z przepisów prawa oraz do czasu przedawnienia roszczeń.

8) Przetwarzanie moich danych osobowych nie będzie wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym do profilowania.

9) Nie przekazujemy Pani/Pana danych do państw trzecich.

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata



Załącznik nr 3. do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ZDROWIE NA PLUS.

Kompleksowy program opieki długoterminowej”

OŚWIADCZENIE O PRZESŁANKACH WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Ja, niżej podpisany/a:
oświadczam, że jestem osobą wykluczoną/ zagrożoną wykluczeniem społecznym z tytułu
spełnienia przesłanki/kryterium:

☐ osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

☐ osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

☐ osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

☐ osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);

☐ osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);

☐ osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu wytycznych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027 lub uczeń albo dziecko lub dzieci i młodzież posiadająca orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży wydawane są przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej,

☐ członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;

☐ osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

☐ osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021-2027;

☐ osoby odbywające kary pozbawienia wolności/opuszczające zakład karny/pełnoletnią osobę opuszczającą zakład poprawczy;

☐ osoby korzystające z PO PŻ;

☐ osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

Miejsowość i data

Czytelny podpis kandydata