



Załącznik nr 1. do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ZDROWIE BLISKO NAS”

FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU

Data wpływu dokumentu do biura projektu Numer kancelaryjny

Realizator projektu	Fundacja Synergium
Nazwa projektu	„ZDROWIE BLISKO NAS”
Numer projektu	FELU.08.06-IZ.00-0042/25
Program operacyjny	Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Priorytet	VIII Zwiększenie spójności społecznej
Działanie	8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2b)

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	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)		
OBYWATELSTWO	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/ bezpieczeństwa		
DANE TELEADRESOWE/ ADRES ZAMIESZKANIA¹			
Ulica			
Nr domu		Numer lokalu	
Miejscowość			
Kod pocztowy	-	Gmina	
Powiat		Województwo	
DANE KONTAKTOWE²			
Nr telefonu			
Adres email			

¹ Zgodnie z art.25 Kodeksu Cywilnego- miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu² Należy podać minimum jeden sposób kontaktu: telefon kontaktowy lub adres e-mail.



B. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanych takich jak np. Romowie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami ³ (należy dołączyć odpowiedni dokument)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osobą wykluczoną społecznie (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
C. AKTUALNY STATUS NA RYNKU PRACY	
Oświadczam, że jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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 wyżywienia, zapewnienia asystenta osoby z niepełnosprawnością, itp.	
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	

³ 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, radzyński, parczewski, lubelski oraz m. Lublin	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Jestem osobą narażoną na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającą w instytucjach całodobowych lub	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Skierowanie/decyzja o potrzebie umieszczenia w instytucji całodobowej lub zaświadczenie o przebywaniu w instytucji całodobowej
Jestem opiekunem faktycznym lub otoczeniem osoby narażonej na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającej w instytucjach całodobowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Wywiad środowiskowy
Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie analogicznego wsparcia z innych programów finansowanych ze środków polityki spójności	<input type="checkbox"/> Otrzymuję <input type="checkbox"/> 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 BLISKO NAS**” nr **FELU.08.06-IZ.00-0042/25**, dofinansowanym w ramach Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2b), Priorytet VIII Zwiększenie spójności społecznej, realizowanym przez **FUNDACJĘ SYNERGIUM** (Wnioskodawca/Lider) w partnerstwie z **VIAMED Jerzy Wieczorek Indywidualna Specjalistyczna Psychiatryczna Praktyka Lekarska**.
- Zgodnie z danymi zawartymi w złożonym formularzu zgłoszeniowym Kandydat na Uczestnika Projektu jest osobą: **narażoną na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającą w instytucjach całodobowych lub jestem opiekunem faktycznym lub**



otoczeniem osoby narażonej na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającej w instytucjach całodobowych

Ponadto oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**ZDROWIE BLISKO NAS**” nr **FELU.08.06-IZ.00-0042/25** 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.
2. 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.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się mojego do udziału w projekcie.
4. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia zaplanowanym w ramach projektu, tj. we wszystkich zaplanowanych dla uczestnika zajęciach, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia realizowane w ramach projektu mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych (w tym w szczególności osobowych, kontaktowych, dot. spełnienia kryteriów grupy docelowej) wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, prowadzonych przez Realizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
8. Zobowiązuję się do przekazania informacji, na temat sytuacji po opuszczeniu projektu, obejmujących efekty wsparcia monitorowane we wskaźnikach rezultatu.
9. Na podstawie art. 81 ust 1 ustawy z 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022r. poz. 2509 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody⁴** 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.
10. 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.
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).

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata

⁴ Niewłaściwe skreślić



Załącznik nr 2. do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ZDROWIE BLISKO NAS”

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 BLISKO NAS**”; 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 BLISKO NAS**”;
- 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 BLISKO NAS”

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.

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata