



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



województwo  
**łódzkie**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocna dłoń - koluszkowskie centrum usług opiekuńczych”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM  
FUNKCJONOWANIU DO PROJEKTU:  
„POMOCNA DŁOŃ - KOLUSZKOWSKIE CENTRUM USŁUG OPIEKUŃCZYCH”,  
NR PROJEKTU: RPLD.09.02.02-10-A007/20**

<b>Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:</b>	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

<b>DANE PERSONALNE</b>	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):</b>	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy<sup>1</sup>:  TAK  NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną:  TAK  NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy<sup>1</sup>:  TAK  NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną:  TAK  NIE

3. Jestem osobą bierną zawodowo<sup>2</sup>  TAK  NIE

W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego)  TAK  NIE

W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu  TAK  NIE

4. Jestem osobą pracującą<sup>3</sup>  TAK  NIE

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu  nauczyciel kształcenia ogólnego

<sup>1</sup> Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

<sup>2</sup> Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

<sup>3</sup> Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:  osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;  osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach);  osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej
- inny, jaki? \_\_\_\_\_

- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- rolnik

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): \_\_\_\_\_

**POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):**

1. Należę do grupy osób zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym- tj. jestem:

a) 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;

TAK  NIE

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

TAK  NIE

c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą/ należę do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (w tym osobą przebywającą w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)

TAK  NIE

d) osobą nieletnią, wobec której 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);

TAK  NIE

e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym/ młodzieżowym ośrodku 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.);

TAK  NIE

f) osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych- Dz. U. z 2018 r. poz. 511 późn.zm. lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.; uczeń/dziecko z niepełnosprawnością w wieku przedszkolnym posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na

TAK  NIE



dany rodzaj niepełnosprawności oraz dziecko i młodzież posiadająca orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim) - w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność

w tym:

- osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  TAK  NIE
- osobą z niepełnosprawnością sprzężoną  TAK  NIE
- osobą z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  TAK  NIE

g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, co najmniej jeden z członków gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością  TAK  NIE

h) osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego  TAK  NIE

i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań<sup>4</sup>  TAK  NIE

j) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności  TAK  NIE

w tym osobą objętą dozorem elektronicznym  TAK  NIE

k) osobą korzystającą z PO PŻ  TAK  NIE

zakres wsparcia w danym projekcie powiela działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ  TAK  NIE

2. Jestem osobą zamieszkującą w myśl Kodeksu Cywilnego gminę Koluşzki w województwie łódzkim (tj. z gminę z powiatu łódzkiego wschodniego należącego do obszaru ŁOM)  TAK  NIE

3. Jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona pomocy, w tym pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości  TAK  NIE

<sup>4</sup> Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

Do osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem do mieszkań nie są zaliczane osoby dorosłe mieszkające z rodzicami, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



województwo  
**łódzkie**

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



4. Jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą pomocy zapewnić, w tym pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości  TAK  NIE

5. Jestem osobą w rodzinie, rodzina nie może zapewnić mi odpowiedniej pomocy, w tym pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby, możliwości.  TAK  NIE

6. Jestem osobą niepełnosprawną lub osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej  TAK  NIE

7. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia  TAK  NIE

8. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE

9. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  TAK  NIE  
*W przypadku zamieszkiwania na obszarze wiejskim w niniejszym oświadczeniu należy obowiązkowo zaznaczyć odpowiedzi twierdzącą „TAK”*

**INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU FORMAMI WSPARCIA REALIZOWANYMI W PROJEKCIE**  
**Oświadczam, że jestem zainteresowany/a następującymi formami wsparcia realizowanym w ramach projektu:**

1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania  TAK  
2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, świadczone przez Fizjoterapeutę  TAK  
3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, świadczone przez Psychologa  TAK

**Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji:**

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu  
 mailowo na adres e-maili wykazany w niniejszym formularzu  
 listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Pomocna dłoń - koluszkowskie centrum usług opiekuńczych”, numer projektu: RPLD.09.02.02-10-A007/20, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

**Data i czytelny podpis:** \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Pomocna dłoń - koluszkowskie centrum usług opiekuńczych” (numer projektu: RPLD.09.02.02-10-A007/20) oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

**Data i czytelny podpis:** \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Pomocna dłoń - koluszkowskie centrum usług opiekuńczych” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Pomocna dłoń - koluszkowskie centrum usług opiekuńczych” zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuje:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
  - a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
  - b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl)

b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)

lub adres poczty sekretariat@mgopskoluszki.pl.

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Pomocna dłoń - koluszkowskie centrum usług opiekuńczych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

4. 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 i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:



- 1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
    - 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,
    - 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,
    - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  - 2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
    - 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,
    - 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,
    - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
    - 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.
5. Odbiorcą moich danych jest:
- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
  - b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
  - c) Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,

- d) Beneficjent realizujący Projekt -Gmina Koluszki, ul. 11 Listopada 65 , 95-040 Koluszki
- e) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu- Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Koluszkach, ul. Brzezińska 32, 95-040 Koluszki.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
12. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Gminę Koluszki i Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Koluszkach dla celów informacyjnych, promocyjnych, związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

.....

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....

*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

<b>SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy w szczególności osób z niepełnosprawnością</b>		
<b>Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</b>	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE





Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



województwo  
**łódzkie**

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



	5.Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6.Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:</b>		
<b>Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:</b>		

**Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:**

1. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511) oraz w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm)- dotyczy osób niepełnosprawnych starających się o udział w projekcie
2. Dokumenty potwierdzające niesamodzielność i status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, np. świadectwa lekarskie, dokumentacja medyczna, orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu wydane zgodnie z obowiązującymi przepisami- załącznik nieobowiązkowy, dopuszczalne jest złożenie samego oświadczenia w Formularzu Zgłoszeniowym potwierdzającego fakt posiadania statusu osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

**Uwaga**

Dokumenty rekrutacyjne osoba starająca się o udział w projekcie uzupełnia i podpisuje samodzielnie, odręcznie, czytelnym pismem. W przypadku gdy o udział w projekcie jako osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu stara się osoba niepełnoletnia lub osoba, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne podjęcie świadomej decyzji, dopuszcza się podpisanie dokumentów rekrutacyjnych przez opiekuna prawnego/faktycznego danej osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.