

## Formularz zgłoszeniowy w ramach projektu „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”

Data wpływu formularza	.....
Wiek w momencie złożenia formularza zgłoszenia	.....

### DANE OSOBOWE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Data urodzenia</b>
------------------------	-----------------------

### ADRES ZAMIESZKANIA

<b>Ulica</b>	<b>Numer domu/lokalu</b>
<b>Miejscowość</b>	<b>Kod pocztowy</b>
<b>Gmina</b>	<b>Powiat</b>
<b>Województwo</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	<b>Adres e-mail</b>

### ADRES DO KORESPONDENCJI

*(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)*

<b>Ulica</b>	<b>Numer domu/lokalu</b>
<b>Miejscowość</b>	<b>Kod pocztowy</b>

### DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Numer telefonu</b>
------------------------	-----------------------

### STATUS UCZESTNIKA - przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak X

<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe
<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z inną osobą niesamodzielną
<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z rodziną pod warunkiem, że wspólnie zamieszkujący dorośli członkowie rodziny to osoby pracujące
<input type="checkbox"/>	Osoba nieprzebywająca w opiece całodobowej

### KRYTERIA PODSTAWOWE

<b>Oświadczam że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu<sup>1</sup> ze względu na:</b>	<input type="checkbox"/> stan zdrowia
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność
<b>Oświadczam, że mam trudności z samodzielnym wykonywaniem co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć właściwe):</b>	
<input type="checkbox"/> samodzielne jedzenie	<input type="checkbox"/> ubieranie i rozbieranie się
<input type="checkbox"/> kąpanie się	<input type="checkbox"/> korzystanie z toalety
<input type="checkbox"/> wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	<input type="checkbox"/> kontrolowanie wydalania moczu i stolca

### KRYTERIA DODATKOWE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X i załączyć dokumenty potwierdzające

Miesięczny dochód (w miesiącu poprzedzającym złożenie Formularza zgłoszeniowego) na osobę w rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004r. jest niższy niż 1051,50 zł (dla osoby samotnie gospodarującej) oraz 792,00 zł (dla osoby gospodarującej z rodziną)

Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z poniższych przestank:

- a) 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 przestank określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) 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;
- d) osoby z niepełnosprawnością<sup>2</sup>;
- e) 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;
- f) osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- g) osoby niesamodzielne;
- h) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności

Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną<sup>3</sup> oraz osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi<sup>4</sup>

Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

Osoba będąca kombatantem i/lub ofiarą represji<sup>5</sup>

### **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE**

**Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubiewie w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.**

**Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Kujawsko-Pomorska Teleopieka” tj. jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji uczestników do Projektu.**

**Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu Projektu.**

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych informuję, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie Pl. Teatralny 2, 87-100 Toruń,
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [rops@rops.torun.pl](mailto:rops@rops.torun.pl)
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji do teleopieki w ramach projektu „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”.
- 4) Podstawą do przetwarzania tych danych jest art. 6 i 9 RODO.
- 5) Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 6) Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
- 8) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.

.....  
**Miejscowość i data**

.....  
**Podpis kandydata**

---

<sup>1</sup> Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, 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.

<sup>2</sup> Osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

<sup>3</sup> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

<sup>4</sup> W rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych

<sup>5</sup> Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego.