

| (WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE) | |
|---|-------------|
| NR FORMULARZA | DATA WPŁYWU |
| | |

| FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU Dotyczy: Objęcie wsparciem osób potrzebujących przez Centrum Operacyjno-Pomocowego wspartego nowoczesną platformą teleopieki TeleMED24 | |
|--|--|
| <p>Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020</p> | |
| Tytuł Projektu | „Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia” |
| Beneficjent | MKW Sp. z o.o. ul. Krupówki 12, 34-500 Zakopane |

| DANE OSOBOWE KONTAKTOWE | | | |
|-------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------|
| Imię (Imiona) | | | |
| Nazwisko | | | |
| PESEL | | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna | Wiek |

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| | | | |
| Poziom wykształcenia zaznacz „X” właściwe: | | | |
| niższe niż podstawowe, (ISCED 0) | | | |
| podstawowe, (ISCED 1) | | | |
| gimnazjalne, (ISCED 2) | | | |
| ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | |
| policealne (ISCED 4) | | | |
| wyższe (ISCED 5-8) | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | |
| Województwo | | Powiat | |
| Kod pocztowy | | Gmina | |
| Miejscowość | | Ulica | |
| Nr domu | | Nr lokalu | |
| Oświadczenia: zaznacz prawidłową odpowiedź | | | |
| <p>Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia</p> <p>Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimeńska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.</p> | | tak/nie/odmawiam podania danych | |
| <p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p>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/ szpitale, instytucje</p> | | tak/nie | |

| | |
|--|---------------------------------|
| opiekunów, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. | tak/nie/odmawiam podania danych |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia). | tak/nie/odmawiam podania danych |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | |
| 1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | tak/nie |
| W tym: długotrwale bezrobotna | tak/nie |
| inne | tak/nie |
| 2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | tak/nie |
| W tym: długotrwale bezrobotna (Młodzież – poniżej 25 lat - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy. Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) | tak/nie |
| Inne | tak/nie |
| 3. Bierna zawodowo | tak/nie |
| W tym: inne | tak/nie |
| osoba ucząca się | tak/nie |
| osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | tak/nie |
| 4. Osoba pracująca | tak/nie |
| W tym: osoba pracująca w administracji rządowej | tak/nie |

| | | |
|---|-----|---------|
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | |
| inne | | tak/nie |
| osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) – (do 250 osób) | | tak/nie |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | tak/nie |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | tak/nie |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | tak/nie |
| 5. Nazwa zakładu pracy , w którym jestem zatrudniona/y | | |
| KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X” (wypełnia Uczestnik – PACJENT) | | |
| | TAK | NIE |
| Jestem mieszkańcem Bytomia na terenie obszaru rewitalizowanego nr 10 (śródmieście) | | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 882), | | |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ /w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza <i>(Jeśli zaznaczono odpowiedź „ TAK” należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny)</i> | | |
| Jestem osobą niesamodzielną? <i>Osoba niesamodzielną- osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z</i> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>podstawowych czynności dnia codziennego.</p> | | |
| <p>Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ), (Jeśli zaznaczono odpowiedź „ TAK” należy załączyć zaświadczenie o korzystaniu MOPS)</p> | | |
| <p>Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń 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, to jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa, <input type="checkbox"/> sieroctwa, <input type="checkbox"/> bezdomności, <input type="checkbox"/> bezrobocia, <input type="checkbox"/> niepełnosprawności, <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby, <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej, <p>(Jeśli zaznaczono odpowiedź „ TAK” należy załączyć zaświadczenie o korzystaniu MOPS)</p> | | |
| <p>Jestem osobą zamieszkującą samotnie ?</p> | | |
| <p>Czy wymaga Pan/Pani świadczeń opieki pielęgniarstwa domowej ?</p> <p><i>Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w domu. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych. Opieka ta jest realizowana we współpracy z lekarzem POZ.</i></p> | | |
| <p>Czy wymaga Pan/Pani zabiegów rehabilitacyjnych ?</p> | | |

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i zasadami udziału w projekcie „Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia” i wyrażam wolę na uczestnictwo w nim.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym

Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie danych nieprawdziwych

Oświadczam, że nie odbywam kary pozbawienia wolności.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

Dziękujemy, że zdecydowali się Państwo wypełnić formularz rekrutacyjny.

Informacja o wynikach rekrutacyjnych zostanie przekazana do dnia 30 listopada 2018 roku

Informujemy, iż celem jest świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania poprzez utworzenie Centrum Operacyjno-Pomocowego wspartego nowoczesną platformą teleopieki TeleMED24 na terenie Bytomia- śródmieście .

(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)

Wynik rekrutacji:

Wniosek przyjęty/ nieprzyjęty*

Uzasadnienie:

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



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

Zakwalifikowany / Przyjęty na listę rezerwową z numerem *

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za rekrutację:

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.;
Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl
2. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WSL 2014-2020;
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez: Beneficjenta, partnera¹, Instytucję Zarządzającą, Instytucję Pośredniczącą oraz instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa..
4. W związku z realizacją projektu przetwarzane będą kategorie danych osobowych zgodne z zakresem z *Wytocznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
5. Podanie danych przez uczestnika projektu jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do uczestnictwa w projekcie.
6. 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 RPO WSL 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.);

¹

7. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - MKW Sp. z o.o. ul. Krupówki 12 34-500 Zakopane
8. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta;
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Dane będą także przekazywane do Centralnego Systemu Teleinformatycznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4 00- 926 Warszawa;
10. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem**;
11. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem**;
12. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Zarządzającej;
13. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WSL 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji
14. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych z ramienia Beneficjenta wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: ido@mkw.com.pl
Pełne informacje na temat Inspektora Ochrony Danych Osobowych z ramienia Beneficjenta znajdę na stronie internetowej www.mkw.com.pl.²
15. Mam prawo do wniesienia skargi do Instytucji Pośredniczącej, Instytucji Zarządzającej lub Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
16. Mam prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, a także prawo do przenoszenia danych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.
** Niepotrzebne skreślić (wykreśli Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu)

² Zgodnie z art. 10 Ustawy z 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych: Podmiot, który wyznaczył inspektora, udostępnia dane inspektora: imię i nazwisko oraz adres poczty elektronicznej lub nr telefonu, niezwłocznie po jego wyznaczeniu, na swojej stronie internetowej, a jeżeli nie prowadzi własnej strony internetowej, w sposób ogólnie dostępny w miejscu prowadzenia działalności.