

Załącznik nr 2 Formularz zgłoszeniowy do Regulaminu rekrutacji  
i udziału w projekcie pn. „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”

Wypełnia Biuro ds. Rekrutacji	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
-------------------------------	--	--	-----------------------------------	--

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE  
Pn. „Łódź – Miasto (Tele) Opieki – USŁUGA TELEOPIEKI**

**I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA**

<b>(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)</b>	<b>IMIĘ</b>			
	<b>NAZWISKO</b>			
	<b>PESEL</b>		<b>DATA URODZENIA</b>	
	<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>		<b>E-MAIL(jeśli posiada Pan/Pani)</b>	
	<b>POWIAT</b>		<b>GMINA</b>	
	<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>		<b>KOD POCZTOWY</b>	
	<b>ULICA/NR BUDYNKU/NR LOKALU</b>			

## II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria włączenia)

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:**

- Mieszkam na terenie miasta Łódź
- Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. przygotowywanie i spożywanie posiłków, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
- Nie korzystałam/em z podobnego typu wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Warunkiem niezbędnym do zakwalifikowania się do projektu jest przedłożenie oświadczenia o niesamodzielnosci (załącznik nr 7 do Regulaminu Rekrutacji) wypełnionego przez kandydata do uczestnictwa w projekcie

## III CZĘŚĆ – INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DLA CENTRUM TELEOPIEKI

### OPIS SYTUACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych/teleopieki (choroby np. sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie, astma, inne; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne)

.....

.....

.....

Informacje o niepełnosprawności: Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

- Tak
- Nie

Jeśli tak proszę podać:

stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić) : lekki / umiarkowany / znaczny

rodzaj dysfunkcji: .....

Orzeczenie zostało wydane (niewłaściwe skreślić) na stałe/czas określony do dnia .....

**Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:**

*Imię, nazwisko* .....

*adres przychodni* .....

*telefon kontaktowy*.....

**OCENA SYTUACJI ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH**

Sytuacja rodzinna	Tak	Nie
Osoba samotna/ osoba samotnie gospodarująca		
Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną ?		
Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy ?		
Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0,5 km)?		

Sytuacja opiekunów prawnych/faktycznych osoby niesamodzielnej ( jeśli dotyczy)	Tak	Nie
Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego?		
Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej?		
Jeżeli nie proszę podać z jakich przyczyn .....		
W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun? .....		
<b>Dane kontaktowe do opiekunów/ członków rodziny:</b>		



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Imię nazwisko..... .....	Imię nazwisko..... .....
adres..... .....	adres..... .....
telefon kontaktowy.....	telefon kontaktowy.....

#### IV CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć udziału w projekcie *Łódź – Miasto (Tele)Opieki* i oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania będę stosował/a się do zasad, które określać będzie umowa świadczenia usług teleopiekuńczych.

2. Zapoznałam/zapoznałem się z **Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie: Łódź – Miasto (Tele)Opieki wraz z załącznikami**, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w *Regulaminie*, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie;

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. z ustawą Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) oraz ROZPORZĄDZENIEM 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). Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego o na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Łódzkiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Łodzi, al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), a od dnia 25 maja 2018 r. art. 6 ust. 1 lit. c) lub art. 9 ust. 2 lit. b) 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, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, a także:

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;

2) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;

3) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017r. poz.1460 z późn. zm.);

4) Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiające 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; Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”, 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 (RPO Wł). Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Łodzi przy ul. Wólczańskiej 49, 90-608 Łódź, Beneficjentowi realizującemu projekt – HRP Care Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Tymienieckiego 19, 90-349 Łódź, w imieniu którego działa Prezes oraz Partnerom uczestniczącymi w realizacji projektu – Urzędowi Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104, 90-926 Łódź, w imieniu którego działa Prezydent Miasta, Fundacji Wiosna – Jesień z siedzibą w Łodzi przy ul. Stefana Żeromskiego 15/3B, 90-711 Łódź reprezentowanym przez Prezesa Zarządu oraz Fenix Poland Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Litewskiej 6, 91-481 Łódź reprezentowanym przez Prezesa Zarządu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach RPO WM. Dane osobowe będą przechowywane do dwóch lat od końca roku, w którym Beneficjent Projektu przesłał do Komisji Europejskiej ostateczne zestawienie wydatków zrealizowanych w projekcie „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”.

Mam świadomość prawa do:

- 1) żądania od współadministratorów dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
- 2) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (przy czym sprzeciw wobec przetwarzania danych lub żądanie usunięcia jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w projekcie) ;
- 3) przenoszenia danych;
- 4) wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych jest wymogiem wzięcia udziału w projekcie „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta opieką w ramach „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”.

5. Zobowiązuję się do złożenia oświadczenia, zgodnego z wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”.

7. Zostałem/ łam poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



8. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki\*

\*Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w § 6 ust.8 Regulaminu Rekrutacji do Teleopieki.

---

**Pouczenie**

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego