## MIEJSCE REALIZACJI PILOTAŻU (GMINA): Gmina Miasta Tarnowa

## OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI DEGURBA: 1

Formularz zgłoszeniowy dotyczy:

- osoby z niepełnosprawnościami,

- rodzica / opiekuna osoby z niepełnosprawnościami.

## Formularz zgłoszeniowy

## do uczestnictwa w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi w ramach projektu

## „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie wsparcia w formie usług mieszkalnictwa wspomaganego w ramach testowania modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi w ramach Projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi“.

1. Imię i nazwisko:…………………………………………………………….

2. Data urodzenia: …………………………………………………………….

3. PESEL: …………………………………………………………….

4. Płeć: …………………………………………………………….

5. Wykształcenie (należy zaznaczyć jedną z możliwości to jest najwyższy ukończony poziom wykształcenia):

- niższe niż podstawowe,

- podstawowe,

- gimnazjalne,

- ponadgimnazjalne,

- policealne,

- wyższe.

6. ADRES ZAMIESZKANIA I DANE TELEADRESOWE

Ulica: …………………………………………………………….

Numer budynku: …………………………………………………………….

Numer lokalu: …………………………………………………………….

Kod pocztowy: …………………………………………………………….

Miejscowość: …………………………………………………………….

Gmina: …………………………………………………………….

Powiat: …………………………………………………………….

Województwo: …………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego: …………………………………………………………….

Adres e-mail osoby ubiegającej się o korzystanie z usług lub jej opiekuna: …………………………………………………………….

7. Osoba pracująca (dotyczy również osoby pracującej na własny rachunek):

- tak,

- nie.

Miejsce zatrudnienia: …………………………………………………………….

8. Osoba bezrobotna:

- długotrwale,

- zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy,

- niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy.

9. Osoba bierna zawodowo:

- uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu,

- nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu.

10. Osoba z niepełnosprawnościami:

- tak,

- nie,

- odmawiam podania informacji.

Rodzaje niepełnosprawności: …………………………………………………………….

11. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

- tak,

- nie,

- odmawiam podania informacji.

12. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej:

- tak,

- nie,

- odmawiam podania informacji.

**CZĘŚĆ DOTYCZĄCA TYLKO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Dokument potwierdzający niepełnosprawność sprzężoną

1. orzeczenie o ………………………………..……………… nr ………….……………….. z dnia ……………….……... na czas określony do ………………………………/orzeczenie stałe\* wydane przez ……………..………………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. .…….………………………………………………………………………………………………., z którego wynika występowanie niepełnosprawności sprzężonej (załącznik nr 1 do formularza) lub

2. orzeczenie o ………………………………….……………. nr ……………………….….. z dnia ………………… na czas określony do …………………………………………………………/orzeczenie stałe\* wydane przez ……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...…………………………….………………………………………………………………………………………………………………….………………………. (załącznik nr 1 do formularza) i zaświadczenie lekarskie nr ……………………… z dnia ………………………… o współwystępowaniu dysfunkcji innej niż wymienionej w orzeczeniu (załącznik nr 2).

\* Niepotrzebne skreślić

…………………………………………………………………………………….

**Podpis Kandydata** i jego opiekuna prawnego lub innej osoby działającej za tę osobę – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

……………………………………………………………

data

**OŚWIADCZENIA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi w ramach Projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi” i zobowiązuję się do jego stosowania.
2. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowegonie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
3. Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie i Partnera Gminę Miasta Tarnowa moich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, iż nie otrzymywałam/em oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do otrzymania w ramach Projektu pn. *„Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”*, które spowodowałoby podwójne finansowanie wydatków.
6. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych / jestem osobą ubezwłasnowolnioną częściowo / jestem osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie\*.
7. Oświadczam, że spełniam warunki określone w § 3 ust. 3 Regulaminu i uczestnictwa w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
8. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów źródłowych potwierdzających wiarygodność złożonych oświadczeń. Jednocześnie zobowiązuję się naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty na rzecz Gminy Miasta Tarnowa kwoty odpowiadającej kwocie wydatków uznanych za niekwalifikowalne z uwagi na niespełnianie przeze mnie kryteriów udziału w Projekcie wraz z ewentualnymi odsetkami.

…………………………………………………………………………………….

**Podpis Kandydata** i jego opiekuna prawnego lub innej osoby działającej za tę osobę – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

……………………………………………………………

data

**OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA**

1. Oświadczam, że sprawuję faktyczną opiekę nad ………………………………………….. (imię i nazwisko), tj. osobą z niepełnosprawnością sprzężoną.
2. Oświadczam, iż ww. osoba pozostająca pod moją opieką jest osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych / ubezwłasnowolnioną częściowo / ubezwłasnowolnioną całkowicie\*.
3. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi w ramach projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi” i zobowiązuję się do jego stosowania.
4. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowegonie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
5. Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie i Partnera Gminę Miasta Tarnowa moich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, iż nie otrzymywałam/em oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do otrzymania w ramach Projektu pn. *„Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”*, które spowodowałoby podwójne finansowanie wydatków.
8. Oświadczam, że nie podlegam wyłaczeniu z powodów określonych w §3 ust. 3 pkt. 3-9, 11-12 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
9. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów źródłowych potwierdzających wiarygodność złożonych oświadczeń. Jednocześnie zobowiązuję się naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty na rzecz Gminy Miasta Tarnowa kwoty odpowiadającej kwocie wydatków uznanych za niekwalifikowalne z uwagi na niespełnianie przez osobę wskazaną w pkt. 1 kryteriów udziału w Projekcie, wraz z ewentualnymi odsetkami.

…………………………………………………………………………………….

**Podpis Kandydata**

……………………………………………………………

data…………………………………………………

(imię i nazwisko Kandydata / rodzica / opiekuna)

**KLAUZULA ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie zawartym w formularzu zgłoszeniowym, stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu oraz w formularzu Diagnozy kandydata na uczestnika Projektu testującego model usług mieszkalnictwa wspomaganego, stanowiącego załącznik nr 2 do Regulaminu, przez Administratora, tj. ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa w celu rekrutacji do udziału w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi w ramach projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”.

………………………………………………………..

(data, podpis Kandydata)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez przesłanie na adres siedziby ROPS w Krakowie, 30-070 Kraków ul. Piastowska 32, pisma z oświadczeniem o cofnięciu zgody.

.…………………..………………..…………………

(data, podpis Kandydata)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679) 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i:

1) w zakresie związanym z rekrutacją do udziału w Projekcie, odbywa się na podstawie wyrażonej przeze mnie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a), art. 9 ust. 2 lit a) RODO;

2) w pozostałym zakresie 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 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:

1. 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
2. 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
4. 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych”.
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
7. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego przy Ministerstwie Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, ul. Bracka 4b, 00-502 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków, Partnerom (Gmina Miejska Kraków, Gmina Miasta Tarnowa, Gmina Wieprz, Stowarzyszenie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „KLUCZ”, Gmina Zakliczyn) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - ………………………….…………………………… (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzez Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
8. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
10. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
11. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
12. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
13. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
14. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
15. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@rops.krakow.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
16. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
17. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
18. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej[[1]](#footnote-1).

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………….…………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *podpis Kandydata i opiekuna prawnego – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub innej osoby działającej za tę osobę/ rodzica / opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprzężoną ubiegającego się o udział w testowaniu modelu* |

1. Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2. [↑](#footnote-ref-1)