



Komplet dokumentów zgłoszeniowych Opiekuna Faktycznego

do projektu pn. „**Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście**” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

1. Formularz zgłoszeniowy (Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i udziału)
2. Klauzula informacyjna (Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału)
3. Deklaracja uczestnictwa w projekcie (Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa),
4. Zaświadczenie, że osoba pracuje, uczy się lub zamieszkuje obszar miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim (weryfikacja na podstawie oświadczenia lub zaświadczenia dotyczącego nauki/pracy/zamieszkania na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego lub zaświadczenie pracodawcy (Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i udziału));
5. Oświadczenie o statusie Opiekuna Faktycznego (Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i udziału)
6. Wywiad środowiskowy potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą zakwalifikowaną do Projektu (Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i udziału)



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście**” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”

1. Dane osobowe Uczestnika (wypełnić czytelnie w języku polskim / zaznaczyć x)

Dane:
Obywatelstwo:
IMIĘ:
NAZWISKO:
PESEL:
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna



Wiek:
(w chwili przystąpienia do projektu)

Wykształcenie:

- ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
- ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
- ☐ wyższe (ISCED 5-8)

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica:

Nr budynku:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)

OSOBA BIERNA ZAWODOWO

tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną np. osoba na emeryturze

W TYM OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU

W TYM OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE

- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące
- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących
- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność



	gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BEZROBOTNA - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM	



W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ	
W TYM	INNE	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK	NIE
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK	NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w	TAK	NIE



przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w				
---	--	--	--	--



rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.					
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające spełnienie kryteriów formalnych Kandydata/tki (zaznaczyć składane dokumenty):

- | |
|---|
| ☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie, pracę bądź naukę na terenie Miasta Świnoujście |
| ☐ Wywiad środowiskowy |



☐ Oświadczenie o statusie opiekuna faktycznego
☐ Klauzula informacyjna
☐ Deklaracja uczestnictwa
☐ inny dokument (jaki?)
Specjalne potrzeby dot. barier w otoczeniu – na tej podstawie możliwe jest uruchomienie mechanizmu racjonalnych usprawnień (MRU) oraz usług dostępności: transportu, asysty, tłumacza języka migowego, wydłużenia czasu wsparcia (np. architektoniczne, komunikacyjne, poznawcze, cyfrowe, przestrzenne):

3. Kandydat wnioskuje o objęcie go wsparciem jakim jest:

1.	Wsparcie psychologiczne i szkoleniowe dla opiekunów faktycznych
-----------	--

4. Oświadczenia Kandydata/tki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zamieszkuję / pracuję / uczę się* na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim (w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego). W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
2. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
3. Jestem opiekunem faktycznym osoby wymagającej wsparcia, która zakwalifikowała się do udziału w projekcie pn. **„Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”**. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium. Imię i nazwisko osoby, nad którą sprawuję opiekę:
.....
4. Nie jestem opiekunem formalnym (zawodowym) osoby, o której mowa powyżej, i nie pobieram wynagrodzenia z tytułu sprawowania nad nią opieki,
5. Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania,
6. 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 oraz nabycia kompetencji.



.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

* Poprawne podkreślić

5. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

Określenie kryteriów premiujących Kandydata/tki (wypełnia personel projektu)

Wiek 50+ (weryfikacja na podstawie PESEL) – 10 pkt: TAK ☐ NIE ☐

Płeć – kobieta (weryfikacja na podstawie PESEL) – 10 pkt: TAK ☐ NIE ☐

Suma uzyskanych punktów: pkt (maksymalnie 20 pkt)

Data i godzina wpływu kompletu dokumentów:

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. **„Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”** FEPZ.06.21-IP.01-0023/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osób biorących udział w projekcie „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”

zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Fregata Sp. z o.o. ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres

e-mail: iodo@cmfregata.pl lub na adres siedziby administratora,

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w



ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:
 - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
 - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
 - ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w szczególności karta oceny wg Skali Barthel, zaświadczenia lekarskie, orzeczenia o niepełnosprawności), przetwarzane na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO

6. Źródło Pani/Pana danych:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.



7. Odbiorcami/kategorią odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:
- **Realizator Projektu:**
Centrum Medyczne Fregata Sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu, ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000896149, NIP: 8551601917, REGON: 812012078.
 - Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie (Instytucja Pośrednicząca)
 - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (IK UP)
 - podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
 - podmioty, wykonujące dla IZ FEPZ 2021-2027 usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
 - podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEPZ 2021-2027 w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.
8. Dane będą przechowywane przez okres:
5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.
9. Posiada Pani/Pan prawo do:
- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
 - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
 - przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany¹;
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.
 - Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
 - Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

¹ Jeśli dotyczy



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie

- Podanie danych osobowych jest warunkiem udziału w Projekcie; odmowa ich podania uniemożliwia udzielenie wsparcia.

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis Uczestnika /
opiekuna prawnego / pełnomocnika



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście**” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany (a)

PESEL:.....

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” realizowanym przez Centrum Medyczne Fregata Sp. z o.o. w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

1.	Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
2.	Zostałem/zostałam poinformowany/a, iż projekt „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.
3.	Przedstawione przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/a odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
4.	Zapoznałem/am się z Klauzulą Informacyjną o przetwarzaniu danych do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie „Jesteśmy do usług-



	zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” na potrzeby realizacji projektu i wzięcia w nim udziału, jak również w związku z koniecznością realizacji umowy.
5.	Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
6.	Nie korzystam z takiej samej formy wsparcia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
7.	Deklaruję chęć przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału), zgodnie z zakresem danych określonych w Wytocznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.
8.	Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
9.	Zobowiązuję się do udziału we wszystkich formach wsparcia niezbędnych do osiągnięcia celów Projektu, do których zostałem/am zakwalifikowany/a.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika /
Personelu medycznego /
pełnomocnika /
Opiekuna faktycznego



Załącznik nr 8a do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście**” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

ZAŚWIADCZENIE PRACODAWCY

....., dnia

Miejscowość

(pieczęć pracodawcy)

Zaświadcza się, że Pani/Pan,

PESEL:,

jest zatrudniony/a w

.....

(pełna nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku:

od dnia

na podstawie

(rodzaj umowy / forma zatrudnienia)

Zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia spełnienia kryterium dostępu do udziału w projekcie pn. „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25, zgodnie z §4 pkt 5.1 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.

.....

Miejscowość, data

.....

pieczęć i czytelny podpis pracodawcy



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście**” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

OŚWIADCZENIE O STATUSIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Ja niżej podpisany(a)

zamieszkały/a

PESEL:.....

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym Pana/Pani:

..... -

Uczestnika Projektu „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”

PESEL osoby, nad którą sprawuję opiekę:, adres zamieszkania:

Relacja / stopień pokrewieństwa:; zakres i częstotliwość sprawowanej opieki:

.....

Oświadczam, że nie jestem opiekunem formalnym (zawodowym) wyżej wymienionej osoby i nie pobieram wynagrodzenia z tytułu sprawowania nad nią opieki.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także skutków projektowych podania nieprawdziwych danych, w tym wykluczenia z udziału w Projekcie oraz obowiązku zwrotu kosztów udzielonego wsparcia. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



przetwarzania danych osobowych, stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Opiekuna Faktycznego



WYWIAD ŚRODOWISKOWY

sporządzony na potrzeby realizacji projektu pn: „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”.

Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie nr FEPZ.06.21-IP.01-0023/25, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

Dane opiekuna faktycznego

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	

Dane osoby zakwalifikowanej do projektu

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	

Ustalenia z przeprowadzonego wywiadu środowiskowego

1. Czy osoba wskazana wyżej sprawuje opiekę nad Uczestnikiem Projektu?

TAK ☐ NIE ☐

2. Zakres sprawowanej opieki (czynności):

.....

3. Częstotliwość i wymiar opieki (np. liczba godzin w tygodniu):

.....

4. Czy opiekun pobiera wynagrodzenie z tytułu sprawowania tej opieki?

TAK ☐ NIE ☐

5. Czy opiekun jest opiekunem formalnym (zawodowym) tej osoby?

TAK ☐ NIE ☐



6. Relacja / stopień pokrewieństwa:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data sporządzenia wywiadu

podpis i pieczęć przedstawiciela personelu
projektu (pielęgniarki koordynującej /
specjalisty ds. rekrutacji i promocji)

.....
czytelny podpis opiekuna faktycznego

.....
czytelny podpis Uczestnika Projektu / pełnomocnika

Dane osobowe zebrane w niniejszym dokumencie przetwarzane są zgodnie z klauzulą informacyjną
stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.