



Komplet dokumentów zgłoszeniowych dla Uczestnika 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. Dokumenty obligatoryjne:

- a. Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (POZ lub specjalisty) do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową,
- b. Karta Oceny stanu osoby wg skali Barthel (Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału,
- c. Formularz zgłoszeniowy (Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału),
- d. Deklaracja uczestnictwa w projekcie (Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa),
- e. 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));
- f. Klauzula informacyjna (Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa),

2. Dokumenty uzupełniające:

- a. Pełnomocnictwo (Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa),
- b. Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia (jeśli dotyczy),
- c. Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przed organ do tego uprawniony.



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



Załącznik nr 2 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.

KARTA OCENY STANU OSOBY WG SKALI BARTHEL

Ocena wg skali opartej na skali Barthel¹

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL, numer i
nazwę dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Ocena osoby wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	

¹ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych

² W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

³ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości



3	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	



Wynik kwalifikacji⁴	
---------------------------------------	--

Wynik oceny stanu zdrowia:

Do udziału w Projekcie kwalifikuje się osoba, która uzyskała 40 punktów lub mniej na Skali Barthel.

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga⁵** wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

Ponadto stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba nie znajduje się w ostrej fazie choroby psychicznej oraz nie korzysta równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego ani stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego).

.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza/pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego
albo pielęgniarki opieki domowej długoterminowej

⁴ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

⁵ Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



Załącznik nr 1 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”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy pełnomocników/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

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 BIERNĄ 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: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska;	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI NIE



społeczności marginalizowane: Romowie						
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w 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;	TAK			NIE		



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.				
---	--	--	--	--



	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	
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.						
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, stan zdrowia bądź niepełnosprawność: ☐ Tak ☐ Nie						
Osoba zamieszkująca, pracująca bądź ucząca się na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim: ☐ Tak ☐ Nie						
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione jak powyżej): ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, proszę podać w jakiej:						
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):

.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/tki (zaznaczyć składane dokumenty):

☐ Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:		
☐ znacznym	☐ umiarkowanym	☐ lekkim
☐ Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
☐ Ocena funkcjonowania wg skali Barthel (do Projektu kwalifikuje wynik nie wyższy niż 40 pkt)		
☐ Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego		
☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie, pracę bądź naukę na terenie województwa zachodniopomorskiego – Miasta Świnoujście <i>(do wglądu)</i>		
☐ inny dokument (jaki?)		

3. Kandydat wnioskuje o objęcie go wsparciem podstawowym jakim jest:

1.	Opieka długoterminowa
-----------	-----------------------

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 z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
3. Korzystam / Nie korzystam* z usług społecznych lub zdrowotnych w formie opieki długoterminowej (np. usługi opiekuńcze przyznane przez ośrodek pomocy społecznej, pielęgnarska opieka długoterminowa domowa finansowana przez NFZ).
4. Nie znajduję się w ostrej fazie choroby psychicznej,
5. Nie korzystam równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego ani stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego),
6. 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,
7. 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

* *Właściwe podkreślić*



Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o numerzewydane przez w dniu, na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....
Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego

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

6. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Wiek 80+ (PESEL)- 10 pkt	☐	☐
b) Niepełnosprawność (orzeczenie)- 10 pkt	☐	☐
c) Płeć- kobieta (PESEL)- 10 pkt	☐	☐
Suma uzyskanych punktów:		

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



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 Wytycznych 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 8 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 4.1 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.

.....

Miejscowość, data

.....

pieczęć i czytelny podpis pracodawcy



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



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 rynku 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 zautomatyzowany⁶;
 - 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.
 - Podanie danych osobowych jest warunkiem udziału w Projekcie; odmowa ich podania uniemożliwia udzielenie wsparcia.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika /
opiekuna prawnego / pełnomocnika

⁶ Jeśli dotyczy



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



Załącznik nr 5 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

PEŁNOMOCNICTWO⁷

obowiązujące 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 dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, w ramach działania FEPZ.06.21 Zwiększanie dostępności usług zdrowotnych i usług opieki długoterminowej – typ projektu 3a.

Ja, niżej podpisany/ podpisana.....

PESEL mocodawcy:,

zamieszkały/a:

udzielam pełnomocnictwa szczególnego:

Panu/Pani.....

zamieszkałemu/zamieszkałej.....

legitymującemu/ legitymującej się dowodem osobistym seria.....nr.....

wydanym przez.....

PESEL pełnomocnika:

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych z uczestnictwem w projekcie „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”:

⁷ Pełnomocnictwo jest udzielane zgodnie z **§5 pkt.10** Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Jesteśmy do usług- zwiększenie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”.



1. Złożenie formularza zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” wraz z załącznikami.
2. Zawarcia umowy uczestnictwa wraz z załącznikami do projektu pn. „Jesteśmy do usług - zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”.
3. Podpisywanie kart wizyt świadczonych w ramach ww. projektu.
4. Podpisanie deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz potwierdzenie zapoznania się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
5. Odbiór korespondencji w sprawach związanych z uczestnictwem w projekcie.
6. Składanie aktualizacji danych przekazanych w procesie rekrutacji oraz oświadczenia o rezygnacji z udziału w projekcie.

Pełnomocnictwa udzielam na okres mojego uczestnictwa w ww. projekcie.

Niniejsze pełnomocnictwo może zostać udzielone wyłącznie przez osobę zdolną do świadomego i swobodnego powzięcia decyzji oraz wyrażenia woli, która nie może podpisać dokumentów z przyczyn fizycznych.

.....

(data i czytelny podpis)

Pełnomocnictwo przyjmuję:

.....

(data i czytelny podpis pełnomocnika)