



Regulamin 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”

Nr projektu: **FEPZ.06.21-IP.01-0023/25**

§1. Informacje ogólne

1. Regulamin rekrutacji określa zasady rekrutacji kandydatów do projektu „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście” (zwanego dalej Projektem) oraz prawa i obowiązki Uczestników Projektu.
2. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, w ramach Priorytetu VI, Działania FEPZ.06.21 Zwiększanie dostępności usług zdrowotnych i usług opieki długoterminowej (typ projektu 3a), nabór nr FEPZ.06.21-IP.01-007/25.
3. Projekt jest realizowany przez Centrum Medyczne Fregata Sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu.
4. Biuro Projektu znajduje się: 72-600 Świnoujście, ul. Bydgoska 14;
5. Okres realizacji projektu: od 01.08.2026 roku do 31.07.2028 roku.
6. Regulamin rekrutacji dostępny jest na stronie internetowej projektu:
 - 6.1.1. Realizatora: www.cmfregata.pl oraz w siedzibie Biura Projektu.
7. Celem projektu jest zwiększenie dostępności usług zdrowotnych na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim, poprzez rozwój opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych dla 68 osób, zapewnienie wsparcia psychologicznego i szkoleniowego dla 20 opiekunów faktycznych oraz wsparcie szkoleniowe dla 28 osób z personelu medycznego w okresie VIII'26-VII'28. Zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie wsparciem objętych zostanie 68 osób potrzebujących wsparcia (45 kobiet, 23 mężczyzn), 20 opiekunów faktycznych (16 kobiet, 4 mężczyzn) oraz 28 osób personelu medycznego (24 kobiety, 4 mężczyzn).
8. Projekt realizowany będzie poprzez następujące działania:
 - 8.1. Opieka długoterminowa;
 - 8.2. Wsparcie szkoleniowe i psychologiczne opiekunów faktycznych;
 - 8.3. Wsparcie szkoleniowe personelu medycznego świadczącego opiekę długoterminową;

Regulamin zatwierdzony w dniu 15.09.2026 r.
(zmiane dotyczy sposobu podpisywania)

Prezes Zarządu
Dorota Szewczuk



§2. Definicje użyte w dokumencie pojęcia oznaczają:

1. **Projekt** – „Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób potrzebujących wsparcia i ich opiekunów faktycznych na obszarze Miasta Świnoujście”;
2. **Realizator Projektu (lub Wnioskodawca realizowanego wsparcia)** - Centrum Medyczne Fregata Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
3. **Biuro Projektu**- 72-600 Świnoujście, ul. Bydgoska 14;
4. **EFS +** – Europejski Fundusz Społeczny Plus;
5. **FEPZ 2021-2027** – program regionalny Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027;
6. **Instytucja Zarządzająca** – Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, tj. instytucja zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027; Instytucja Pośrednicząca (dalej: IP) – Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie, tj. Instytucja Organizująca Nabór;
7. **Formularz zgłoszeniowy** – formularz składany podczas procesu rekrutacji przez Kandydatów/teki do projektu, zwany dalej formularzem;
8. **Kandydat/Kandydatka** – osoba, która zgłosiła chęć udziału w Projekcie i złożyła wszystkie wymagane dokumenty;
9. **Uczestnik/Uczestniczka** - uczestnik w rozumieniu Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027;
10. **Osoba z niepełnosprawnością:**
 - 10.1. w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób z niepełnosprawnością (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.) lub uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej;
 - 10.2. osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917);
11. **Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
12. **Opiekun faktyczny (nieformalny)** – osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny, osoba bliska, wolontariusz;
13. **Skala Barthel** - skala od 0 do 100 pkt, stosowana w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę:
 - 13.1. od 0 do 20 pkt- całkowita niesamodzielność,



13.2. od 25 do 85 pkt - kandydat może funkcjonować samodzielnie w określonym stopniu,

13.3. od 86 do 100 pkt - kandydat funkcjonuje samodzielnie ewentualnie z niewielką pomocą z zewnątrz;

Do udziału w Projekcie kwalifikują się wyłącznie osoby, które uzyskały 40 punktów lub mniej na Skali Barthel.

§3.Definicje usług społecznych, świadczonych w Projekcie

Użyte w dokumencie pojęcia specjalistyczne oznaczają:

1. **Koordynacja procesu leczenia** – przygotowanie i realizację indywidualnego planu opieki. Wsparcie będzie dostosowane do indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji odbiorców usług. Oznacza to stworzenie dla każdego uczestnika, odbiorcy usługi zdrowotnej, planu opieki dla pacjenta. Przygotowanie planu wsparcia musi zostać poprzedzone przeprowadzeniem indywidualnej diagnozy sytuacji rodzinnej, problemowej lub zagrożenia sytuacją problemową, zasobów oraz potencjału, predyspozycji i potrzeb. Indywidualne plany opieki opracowywane są w sierpniu i wrześniu 2026 r. (średnio 1 godzina na Uczestnika), a proces ich wdrażania trwa od września 2026 r. do lipca 2028 r. i obejmuje bieżące wsparcie merytoryczne dla Uczestnika i jego otoczenia w wymiarze średnio 1 godziny miesięcznie.
Wyżej wymienione wsparcie realizowane będzie w ramach wizyt organizowanych w miejscu zamieszkania danego Uczestnika, w godzinach i terminach dostosowanych do potrzeb/potencjału/preferencji Uczestnika (możliwość organizacji wizyt w godzinach popołudniowych/wieczornych oraz w soboty).
2. Usługi świadczone są dla każdego Uczestnika przez 23 miesiące (IX 2026 – VII 2028) i obejmuje: pielęgniarскую opiekę długoterminową w wymiarze średnio 24 godzin miesięcznie (średnio 4 wizyty tygodniowo po 1,5 godziny), usługi opiekuńcze w wymiarze średnio 10 godzin miesięcznie (średnio 2 wizyty tygodniowo po 1,25 godziny) oraz rehabilitację w wymiarze średnio 6 godzin miesięcznie (średnio 1 wizyta tygodniowo po 1,5 godziny). W ramach rehabilitacji każdemu Uczestnikowi zapewniony zostanie sprzęt do pomocy fizjoterapeutycznej, a w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej – materiały higieniczne.
3. **Program opieki długoterminowej**- zakres usług udzielanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym przewlekle chorym, które przez dłuższy czas potrzebują pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego, a które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opiekę tę stanowią usługi zdrowotne lub społeczne polegające na świadczeniu w szczególności:
 - 3.1.długotrwałej opieki pielęgniarской;
 - 3.2.usług opiekuńczych
 - 3.3.rehabilitacji



Wyżej wymienione wsparcie realizowane będzie w ramach wizyt organizowanych w miejscu zamieszkania danego Uczestnika, w godzinach i terminach dostosowanych do potrzeb/potencjału/preferencji Uczestnika (możliwość organizacji wizyt w godzinach popołudniowych/wieczornych oraz w soboty)

4. **Wsparcie psychologiczne dla opiekunów faktycznych** - wsparcie psychologiczne dla opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia, obejmujące tematykę: radzenie sobie ze stresem i obciążeniem emocjonalnym, wzmocnienie odporności psychicznej, budowanie zdrowych granic, poprawę komunikacji z podopiecznym oraz rozwijanie umiejętności dbania o własny dobrostan. Wsparcie będzie realizowane w formie wizyt:
 - 4.1. stacjonarnych – w siedzibie w siedzibie Centrum Medycznego Fregata;
 - 4.2. zdalnych – z wykorzystaniem aplikacji uzgodnionej indywidualnie z opiekunem faktycznym. Wsparcie psychologiczne realizowane jest indywidualnie dla 20 opiekunów faktycznych przez 23 miesiące (IX 2026 – VII 2028), w wymiarze średnio 1,5 godziny miesięcznie na opiekuna (1 wizyta po 1,5 godziny).
 5. **Wsparcie szkoleniowe dla opiekunów faktycznych**- wsparcie szkoleniowe dla opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia, obejmujące tematykę: opieka i komunikacja z osobą starszą, zależną lub chorą- podstawy i dobre praktyki, opieka nad osobą z demencją- jak reagować wspierać i radzić sobie z trudnymi zachowaniami, bezpieczna pielęgnacja, transfer i profilaktyka odleżyn w warunkach domowych, jak radzić sobie ze stresem w opiece nad osobą zależną. Wsparcie będzie realizowane w formie wizyt:
 - 5.1. Stacjonarnych- w siedzibie Centrum Medycznego Fregata;
 - 5.2. Zdalnych – z wyłączeniem części spotkań praktycznych. Wsparcie szkoleniowe realizowane jest grupowo dla wszystkich 20 opiekunów faktycznych w okresie IX 2026 – VI 2028 i obejmuje 8 spotkań po 3 godziny. Podstawą ukończenia szkolenia jest udział w co najmniej 7 z 8 spotkań oraz pozytywny wynik egzaminu; ukończenie szkolenia potwierdzane jest zaświadczeniem.
- Terminy i godziny wizyt będą dostosowane indywidualnie do preferencji opiekuna faktycznego, z możliwością organizacji spotkań również w godzinach popołudniowych, wieczornych, a także w soboty.
6. **Wsparcie szkoleniowe personelu medycznego** – wsparcie szkoleniowe dla personelu medycznego, obejmujące tematykę: wprowadzenie do opieki długoterminowej, postępowanie z pacjentami przewlekle chorymi, opieka nad pacjentem z chorobami Alzheimera i Parkinsona, agresje i trudne zachowania pacjentów, współpraca z rodziną pacjenta. Wsparcie będzie realizowane w formie wizyt:
 - 6.1. Stacjonarnych – w siedzibie Centrum Medycznego Fregata. Wsparcie szkoleniowe realizowane jest w okresie IX 2026 – VI 2028 dla 28 osób personelu medycznego, podzielonych na 2 grupy; każda grupa bierze udział w 3 szkoleniach dwudniowych po 14 godzin zegarowych (7 godzin



dziennie). Podstawą ukończenia szkolenia jest udział we wszystkich spotkaniach oraz pozytywny wynik egzaminu.

Terminy i godziny szkoleń będą dopasowane do preferencji personelu medycznego. Ukończenie szkolenia skutkować będzie zdobyciem kompetencji. Walidacja zostanie przeprowadzona przez zewnętrzny podmiot.

§4. Warunki przystąpienia do Projektu

1. Projekt przewiduje udział 68 osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek/stan zdrowie/niepełnosprawność, które będą pracować, uczyć się lub zamieszkiwać obszar miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim.
2. Projekt przewiduje wsparcie dla 20 osób będących Opiekunami Faktycznymi osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu objętych wsparciem w ramach projektu – w formie wsparcia psychologicznego i szkoleniowego. Wszystkie osoby będą pracować, uczyć się lub zamieszkiwać obszar miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim.
3. Projekt przewiduje wsparcie dla 28 osób Personelu Medycznego świadczącego usługi społeczne i zdrowotne na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które będą pracować, uczyć się lub zamieszkiwać obszar miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim.
4. Kryteria formalne warunkujące udział osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w projekcie:
 - 4.1.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));
 - 4.2.status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność (skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kartą oceny na Skali Barthel; do Projektu kwalifikuje wynik równy 40 punktom lub niższy);
 - 4.3.nie korzystają obecnie z innego Projektu oferującego tożsame usługi finansowane ze środków EFS+ (oświadczenie).
 - 4.4.osoba nie znajduje się w ostrej fazie choroby psychicznej (skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub oświadczenie);
 - 4.5.osoba nie korzysta równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego ani stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego) (oświadczenie).
5. Kryteria formalne warunkujące udział opiekunów faktycznych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:
 - 5.1.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 zaświadczenia pracodawcy (Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i udziału));
- 5.2.pełni funkcję opiekuna faktycznego osoby zakwalifikowanej do projektu (oświadczenie i wywiad środowiskowy);
6. Kryteria formalne warunkujące udział personelu medycznego
- 6.1.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);
- 6.2.przynależy do kadry świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (zaświadczenie pracodawcy (Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i udziału))
- Dokumenty zgłoszeniowe personelu medycznego: formularz zgłoszeniowy wypełniony czytelnie w języku polskim; zaświadczenie pracodawcy potwierdzające przynależność do kadry świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; klauzula informacyjna; deklaracja uczestnictwa; dokument potwierdzający naukę, pracę bądź zamieszkanie na obszarze miasta Świnoujście.
7. Kryteria premiujące udział osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:
- 7.1.wiek 80+ (weryfikacja na podstawie PESEL) +10 pkt;
- 7.2.niepełnosprawność (weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności/orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia ZUS/zaświadczenia lekarskiego bądź dokumentu tożsamego) +10 pkt;
- 7.3.płeć kobieta (weryfikacja na podstawie PESEL) +10 pkt.
8. W przypadku spełniania więcej niż jednego ze wskazanych wyżej kryteriów, punktacja podlega sumowaniu. Maksymalna liczba punktów premiujących do uzyskania wynosi 30 punktów.
9. Kryteria premiujące udział opiekunów faktycznych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:
- 9.1.wiek 50+ (weryfikacja na podstawie PESEL) +10 pkt;
- 9.2.płeć kobieta (weryfikacja na podstawie PESEL) +10 pkt.
10. W przypadku spełniania więcej niż jednego ze wskazanych wyżej kryteriów, punktacja podlega sumowaniu. Maksymalna liczba punktów premiujących do uzyskania wynosi 20 punktów.
11. Kryteria premiujące udział personelu medycznego
- 11.1.wiek 50+ (weryfikacja na podstawie PESEL) +10 pkt;
- 11.2.płeć kobieta (weryfikacja na podstawie PESEL) +10 pkt.



12. W przypadku spełniania więcej niż jednego ze wskazanych wyżej kryteriów, punktacja podlega sumowaniu. Maksymalna liczba punktów premiujących do uzyskania wynosi 20 punktów.
13. Dokumenty zgłoszeniowe osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:
 - 13.1. formularz zgłoszeniowy wypełniony czytelnie w języku polskim;
 - 13.2. ocena funkcjonowania codziennego wg skali Barthel, wystawiona przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarkę opieki domowej długoterminowej;
 - 13.3. klauzula informacyjna;
 - 13.4. deklaracja uczestnictwa;
 - 13.5. dokument potwierdzający naukę, pracę bądź zamieszkanie na terenie województwa zachodniopomorskiego- Miasto Świnoujście (oświadczenie lub zaświadczenie dotyczącego np. umowa najmu, akt notarialny, rachunek za media, na którym wyraźnie widnieją dane kandydata, umowa o pracę, zaświadczenie o kontynuowaniu nauki itd. – do wglądu).
 - 13.6. skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 13.7. oświadczenie o niekorzystaniu równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego ani stacjonarnego zakładu opiekuńczego oraz o niepozostawaniu w ostrej fazie choroby psychicznej.
14. Dokumenty uzupełniające:
 - 14.1. zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia (jeśli dotyczy);
 - 14.2. orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez organ do tego uprawniony;
 - 14.3. pełnomocnictwo (jeśli posiada);
15. Dokumenty zgłoszeniowe opiekuna faktycznego:
 - 15.1. formularz zgłoszeniowy wypełniony czytelnie w języku polskim;
 - 15.2. klauzula informacyjna;
 - 15.3. deklaracja uczestnictwa;
 - 15.4. oświadczenie o statusie opiekuna faktycznego.
 - 15.5. wywiad środowiskowy potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą zakwalifikowaną do Projektu.

§5. Zasady i przebieg rekrutacji

1. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasad: bezstronności, przejrzystości oraz równości szans (w tym płci), zgodnie z regulaminem projektu. Kandydaci/teki będą kwalifikowani także niezależnie od rasy, koloru skóry, pochodzenia etnicznego lub społecznego, cech genetycznych, języka, religii lub przekonań, poglądów pol. lub wszelkich innych poglądów, przynależności do mniejszości narodowej, majątku, urodzenia, niepełnosprawności, wieku lub orientacji seksualnej. Realizacja i zakres projektu będą zgodne z Kartą Praw Podstawowych UE z dn. 16.10.2012 r., Konwencją o Prawach ON, równością szans i dostępnością oraz zasadą zrównoważonego rozwoju.



2. Rekrutacja będzie otwarta, zapewniony zostanie równy dostęp do informacji.
3. Rekrutacja będzie prowadzona w Biurze projektu pod adresem ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście.
4. Rekrutacja prowadzona będzie w ramach naborów realizowanych oddzielnie dla każdej z trzech grup docelowych (osób potrzebujących wsparcia, opiekunów faktycznych oraz personelu medycznego), w terminie od 31 sierpnia 2026 r., do czasu zakwalifikowania do Projektu pełnej grupy uczestników. W przypadku nieosiągnięcia założeń rekrutacji nabory mogą zostać wydłużone do 30 września 2026 r.
5. Rekrutacja uzupełniająca będzie prowadzona na bieżąco, w przypadku wyczerpania listy rezerwowej, o której mowa w pkt 13.
6. Rekrutacja będzie składała się z następujących etapów:
 - 6.1. ETAP I – złożenie dokumentów w Biurze Projektu osobiście lub przez pełnomocnika, za pośrednictwem operatora pocztowego lub firmy kurierskiej, albo na adres e-mail sekretariat@cmfregata.pl
 - 6.2. ETAP II – weryfikacja dokumentów pod kątem spełniania kryteriów warunkujących udział w Projekcie oraz kryteriów premiujących.
 - 6.3. ETAP III – ocena i utworzenie listy rankingowej oraz listy rezerwowej.
 - 6.4. ETAP IV – podpisanie umów uczestnictwa.
7. Dokumenty przesłane pierwotnie drogą elektroniczną powinny zostać wydrukowane, czytelnie uzupełnione, podpisane oraz złożone w Biurze Projektu przed podpisaniem umowy uczestnictwa.
8. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z przyjęciem do udziału w projekcie. O zakwalifikowaniu Kandydata/cki do udziału w Projekcie decyduje spełnienie wymaganych kryteriów dostępu oraz liczba punktów przyznanych za kryteria premiujące (od największej do najmniejszej), a w przypadku równej liczby punktów – data i godzina złożenia kompletu dokumentów (z dokładnością do dnia, godziny i minuty).
9. Złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację projektową.
10. Dopuszcza się złożenie dokumentów rekrutacyjnych przez opiekuna faktycznego osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne (własnoręczne) podpisanie dokumentów, a nie ma ona opiekuna prawnego. Opiekun faktyczny musi w tym celu przedłożyć pełnomocnictwo do reprezentowania Kandydata/cki stanowiące załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie. Pełnomocnictwo, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, może zostać udzielone wyłącznie przez Kandydata/tkę zdolnego/ą do świadomego i swobodnego powzięcia decyzji oraz wyrażenia woli, który/a nie może podpisać dokumentów z przyczyn fizycznych. W przypadku Kandydata/cki, którego/ej stan zdrowia wyłącza świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, dokumenty składa opiekun prawny albo kurator, ewentualnie pełnomocnik działający na podstawie pełnomocnictwa notarialnego udzielonego wcześniej.



11. W sytuacji, gdy Kandydaci/ki otrzymają taką samą liczbę punktów, o ostatecznym zakwalifikowaniu do udziału we wsparciu decyduje data złożenia formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami.
12. Realizator zapewni jawność procesu rekrutacji, informacje związane z procesem rekrutacji będą dostępne w Biurze Projektu, jak również na stronie internetowej:
12.1. www.cmfregata.pl
13. Kandydaci/ki, którzy pozytywnie przeszli proces rekrutacji, ale nie zakwalifikowali się do otrzymania wsparcia w ramach Projektu, zostaną umieszczeni na liście rezerwowej.
14. W przypadku rezygnacji, zgonu bądź utraty statusu osoby wymagającej wsparcia przez Kandydata/tkę, który się zakwalifikował do udziału w Projekcie w jego miejsce przyjmowany będzie Kandydat/tka z listy rezerwowej.
15. Kandydatom/tkom nie przysługuje odwołanie od decyzji Realizatora Projektu na żadnym etapie rekrutacji.

§6.Podpisanie umowy uczestnictwa

1. Kandydaci zakwalifikowani do udziału we wsparciu są zobowiązani do podpisania umowy uczestnictwa oraz dostarczenia we wskazanym przez Realizatora Projektu terminie wszystkich niezbędnych załączników i dokumentów do podpisania umowy.
2. Umowa powinna zostać podpisana przez Uczestnika/kę w ciągu dwóch tygodni po ogłoszeniu list rankingowych. W sytuacji wystąpienia sytuacji losowych uniemożliwiających stawienie się na podpisaniu umowy w ustalonym terminie Uczestnik/czka ma obowiązek poinformowania o tym fakcie Realizatora Projektu. Przypadki takie będą rozpatrywane indywidualnie.
3. W przypadku braku możliwości samodzielnego (własnoręcznego) podpisania umowy przez Uczestnika/czkę Projektu należy dołączyć Pełnomocnictwo osoby wskazanej przez Uczestnika/czkę, stanowiące załącznik nr 5, na etapie składania formularza zgłoszeniowego, które stanowi załącznik do dokumentacji, bądź pełnomocnictwo notarialne.

§7. Prawa i obowiązki Uczestników Projektu.

1. **Uczestnik/Uczestniczka ma prawo do:**
 - 1.1. uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia, do których został zakwalifikowany;
 - 1.2. zgłaszania uwag i oceny realizowanych form wsparcia;
 - 1.3. rezygnacji z udziału w Projekcie z ważnych powodów, potwierdzonych okolicznościami uzasadniającymi niemożność udziału w Projekcie;
2. **Uczestnik/a Projektu zobowiązany/a jest do:**
 - 2.1. potwierdzenia zapoznania się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 RODO. W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny;



- 2.2. udostępnienia danych osobowych oraz informacji niezbędnych do pełnej realizacji Projektu;
- 2.3. zachowania poufności i ochrony danych osobowych innych użytkowników;
- 2.4. systematycznego i aktywnego uczestnictwa w formach wsparcia, do których został zakwalifikowany;
- 2.5. niezwłocznego informowania koordynatora projektu lub opiekuna o przeszkodach uniemożliwiających udział we wsparciu oraz o rezygnacji z udziału w Projekcie (w formie pisemnego oświadczenia);
- 2.6. natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych przekazanych podczas procesu rekrutacji Kandydatów/ek do udziału w projekcie, a zwłaszcza danych osobowych i kontaktowych wpisanych do formularza rekrutacyjnego stanowiącego zał. 1 poprzez złożenie zaktualizowanych dokumentów w formie papierowej w Biurze Projektu. Poprzez złożenie rozumie się dostarczenie dokumentów osobiste/przez osobę trzecią/ pocztą/ kurierem.
- 2.7. zgłoszenia wszystkich nieobecności np. wyjazd, choroba;
- 2.8. przekazywania informacji dotyczących 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;
- 2.9. udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej;
- 2.10. poddania się czynnościom kontrolnym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z form wsparcia realizowanych w ramach Projektu;
- 2.11. przestrzegania zasad niniejszego Regulaminu.

§8. Zasady uczestnictwa w Projekcie.

1. Udział w Projekcie jest nieodpłatny.
2. Uczestnicy/czki deklarują współpracę z personelem projektu mającą za zadanie osiągnięcie założonych w Projekcie celów.
3. Uczestnicy/czki zobowiązują się do udziału we wszystkich formach wsparcia niezbędnych do osiągnięcia celów Projektu.
4. Uczestnicy/czki nie mogą korzystać z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach w ramach funduszy unijnych.
5. Za dzień rozpoczęcia udziału w Projekcie przyjmuje się dzień przystąpienia Uczestnika/czki do pierwszej formy wsparcia w Projekcie, potwierdzony listą obecności z pierwszej wizyty, ze szkolenia albo ze spotkania z psychologiem.
6. Zakończenie udziału w Projekcie oznacza zakończenie przez Uczestnika/czkę udziału w formach wsparcia przewidzianych w Projekcie, a także przerwanie udziału w Projekcie przed zakończeniem przewidzianych form wsparcia.
7. Zasady rezygnacji lub wykluczenia z uczestnictwa w Projekcie reguluje § 9 niniejszego Regulaminu.



§9. Zasady rezygnacji lub wykluczenia z uczestnictwa w Projekcie.

1. W przypadku podjęcia przez osobę zakwalifikowaną do udziału w Projekcie decyzji o rezygnacji z uczestnictwa przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia, zobowiązana jest ona do niezwłocznego poinformowania na piśmie koordynatora projektu.
2. Rezygnacja z udziału w Projekcie musi mieć formę pisemnego oświadczenia i zawierać powód rezygnacji. Oświadczenie należy dostarczyć w ciągu 7 dni do Biura Projektu.
3. Uczestnik Projektu zostaje wykluczony z udziału w Projekcie w przypadku:
 - 3.1.naruszenia postanowień niniejszego Regulaminu;
 - 3.2.naruszenia regulaminów innych podmiotów oraz zasad współżycia społecznego obowiązujących w miejscu realizacji wsparcia;
 - 3.3.nieprzestrzegania zasad uczestnictwa oraz zapisów zawartych umów;
 - 3.4.podania w dokumentach rekrutacyjnych nieprawdziwych danych i informacji.
4. W przypadku wykluczenia uczestnika z Projektu Realizator niezwłocznie poinformuje go o tym fakcie w formie pisemnej lub elektronicznej. Decyzja o wykluczeniu wchodzi w życie z chwilą jej przekazania uczestnikowi, bez konieczności składania dodatkowych oświadczeń ani podpisów ze strony uczestnika.

§10. Dostępność i mechanizm racjonalnych usprawnień

1. Projekt realizowany jest zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, oraz zgodnie ze Standardami dostępności i koncepcją uniwersalnego projektowania.
2. Kandydat/ka oraz Uczestnik/czka może na każdym etapie rekrutacji i udziału w Projekcie zgłosić szczególne potrzeby wynikające z barier architektonicznych, komunikacyjnych, poznawczych lub cyfrowych, w szczególności potrzebę zapewnienia transportu, opieki, asysty, wydłużenia czasu wsparcia lub tłumacza języka migowego.
3. W przypadku wystąpienia w Projekcie zdarzeń nieprzewidzianych Realizator Projektu może uruchomić mechanizm racjonalnych usprawnień (MRU) na rzecz osoby z niepełnosprawnością.
4. Materiały cyfrowe oraz strona internetowa Projektu spełniają wymogi standardu WCAG 2.1 na poziomie AA; w materiałach projektowych stosowany jest prosty i zrozumiały język oraz język równościowy.
5. Uczestnik/czka Projektu ma prawo zgłosić podejrzenie niezgodności Projektu lub działań Realizatora Projektu z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych do Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie.

§11. Postanowienia końcowe

1. Ostateczna interpretacja niniejszego Regulaminu należy do Realizatora Projektu i jest wiążąca dla Kandydatów/ek i Uczestników/czek.
2. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zmian w Regulaminie, o czym zobowiązany jest poinformować za pośrednictwem strony internetowej Projektu wskazanej w § 1 niniejszego Regulaminu.



3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem wszelkie decyzje podejmuje Realizator Projektu.

Informacja dodatkowa:

Zgodnie z art. 79 Kodeksu cywilnego, osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że:

- 1) uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis,
albo*
- 2) w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.*

W związku z powyższym za każdym razem, gdy niniejszy Regulamin wymaga złożenia oświadczenia pisemnie (podpisania) podpis może zostać złożony własnoręcznie albo w jeden z dwóch wyżej wskazanych sposobów – w przypadku osób niemogących pisać.

Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Formularz zgłoszeniowy osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- Załącznik nr 1a – Formularz zgłoszeniowy opiekuna faktycznego;
- Załącznik nr 2 – Wzór karty oceny stanu pacjenta wg skali Barthel;
- Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osób biorących udział w projekcie;
- Załącznik nr 4 – Deklaracja uczestnictwa w projekcie;
- Załącznik nr 5 – Pełnomocnictwo;
- Załącznik nr 6 – Oświadczenie o statusie opiekuna faktycznego;
- Załącznik nr 7 – Formularz zgłoszeniowy personelu medycznego;
- Załącznik nr 8 – Wzór zaświadczenia pracodawcy dla uczestnika
- Załącznik nr 8a – Wzór zaświadczenia pracodawcy dla Opiekuna Faktycznego
- Załącznik nr 8b – Wzór zaświadczenia pracodawcy o przynależności do kadry świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne;
- Załącznik nr 9 – Wzór wywiadu środowiskowego;
- Załącznik nr 10 – Wzór umowy uczestnictwa w projekcie;
- Załącznik nr 11 – Wzór oświadczenia o rezygnacji z udziału w projekcie.

Przewodniczący Zarządu
Małgorzata Szełudzik



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

1 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 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	NIE
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA	TAK	NIE	



**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;

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
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

.....
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 (do wglądu)		
☐ inny dokument (jaki?)		



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

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

2

4. Oświadczenia Kandydata/teki

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 składaam 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

.....
podpis

* *Właściwe podkreślić*



Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o numerze wydane 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

.....
podpis osoby przyjmującej dokumenty



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

3 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”

7. 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: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE
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,	TAK				NIE



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 ziemie, 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

.....

podpis

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

- ☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie, pracę bądź naukę na terenie województwa zachodniopomorskiego
- ☐ 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):

.....
.....

9. Kandydat wnioskuje o objęcie go wsparciem jakim jest:

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

10. Oświadczenia Kandydata/ki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

8. Zamieszkuję / pracuję / uczę się* na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim (w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego). W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
9. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
10. 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:
.....
11. Nie jestem opiekunem formalnym (zawodowym) osoby, o której mowa powyżej, i nie pobieram wynagrodzenia z tytułu sprawowania nad nią opieki,
12. 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,
13. 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

.....
podpis



11. 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/teki (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 podpis osoby przyjmującej dokumenty



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	
3	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych	

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



	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		

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



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 wymaga**⁵ 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

⁵ Niepotrzebne skreślić



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

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

⁶ Jeśli dotyczy



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

.....

podpis Uczestnika / Personelu medycznego
/ pełnomocnika /
Opiekuna faktycznego



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**”:

1. Złożenie formularza zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „**Jesteśmy do usług- zwiększanie dostępności do usług społeczno-zdrowotnych dla osób**”

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**”.



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 podpis)

Pełnomocnictwo przyjmuję:

.....

(data i podpis pełnomocnika)



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

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Opiekuna Faktycznego



Załącznik nr 7 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

4 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”

12. 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 BIERNIA 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	NIE	
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,		TAK			NIE	



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

.....
podpis

**13. Przedłożone dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów formalnych
Kandydata/cki (zaznaczyć składane dokumenty):**

☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie, pracę bądź naukę na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim
☐ Zaświadczenie pracodawcy potwierdzające przynależność do kadry świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne (załącznik nr 8)
☐ Klauzula informacyjna (załącznik nr 3) oraz deklaracja uczestnictwa (załącznik nr 4)
☐ inny dokument (jaki?)



14. Kandydat wnioskuje o objęcie go wsparciem jakim jest:

1.

Wsparcie szkoleniowe personelu medycznego świadczącego opiekę długoterminową

15. Oświadczenia Kandydata/tki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

14. Zamieszkuję / pracuję / uczę się* na obszarze miasta Świnoujście w województwie zachodniopomorskim (w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego). W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
15. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
16. Przynależę do kadry świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W załączeniu składam zaświadczenie pracodawcy potwierdzające spełnienie wskazanego kryterium.
17. 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,
18. 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

.....
podpis

16. 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

17. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
------------------------------	-----	-----



d) Wiek 50+ (PESEL)- 10 pkt.	☐	☐
e) Płeć- kobieta (PESEL)- 10 pkt.	☐	☐
Suma uzyskanych punktów (maksymalnie 20 pkt):	pkt.	

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby przyjmującej dokumenty



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 podpis pracodawcy



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)

Zaświadczam, 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



Załącznik nr 8b 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)

Jednocześnie zaświadcza się, że wyżej wymieniona osoba przynależy do kadry świadczącej usługi społeczne lub zdrowotne na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

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



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Miasta Świnoujście” FEPZ.06.21-IP.01-0023/25, zgodnie z §4 pkt 6.2 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.

.....

Miejscowość, data

.....

pieczęć i czytelny podpis pracodawcy



WYWIAD ŚRODOWISKOWY

- 5 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”.
- 6 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:

.....



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data sporządzenia wywiadu
projektu
i promocji)

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

.....
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.



Załącznik nr 10 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.

UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE NR / 2026

zawarta w dniu r. w Świnoujściu pomiędzy:

Centrum Medyczne Fregata Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świnoujściu, ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000896149, NIP: 8551601917, REGON: 812012078,

reprezentowaną przez,

zwaną dalej „Realizatorem Projektu”,

a

Panią/Panem,

PESEL:,

zamieszkałą/ym

.....,

zwaną/ym dalej „Uczestnikiem/czką Projektu”,

reprezentowaną/ym przez,

działającą/ego na podstawie pełnomocnictwa / jako opiekun prawny* (jeśli dotyczy),

łącznie zwanymi „Stronami”.

§1. Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest udział Uczestnika/czki 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, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Priorytet VI, Działanie FEPZ.06.21.

2. Projekt realizowany jest w okresie od 01.08.2026 r. do 31.07.2028 r.
3. Udział w Projekcie jest nieodpłatny.
4. Integralną część niniejszej umowy stanowi Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie, z którym Uczestnik/czka zapoznał/a się i którego postanowienia akceptuje.

§2. Zakres wsparcia

1. Uczestnik/czka został/a zakwalifikowany/a do następującej formy wsparcia (zaznaczyć właściwe):
 - ☐ opieka długoterminowa w warunkach domowych (zadanie 1);
 - ☐ wsparcie psychologiczne i szkoleniowe dla opiekunów faktycznych (zadanie 2);
 - ☐ wsparcie szkoleniowe personelu medycznego (zadanie 3).
2. W ramach opieki długoterminowej Uczestnik/czka otrzymuje – na podstawie indywidualnego planu opieki – koszyk usług świadczony przez 23 miesiące (IX 2026 – VII 2028), obejmujący pielęgniarstwą opiekę długoterminową w wymiarze średnio 24 godzin miesięcznie, usługi opiekuńcze w wymiarze średnio 10 godzin miesięcznie oraz rehabilitację w wymiarze średnio 6 godzin miesięcznie.
3. W ramach wsparcia dla opiekunów faktycznych Uczestnik/czka otrzymuje wsparcie psychologiczne w wymiarze średnio 1,5 godziny miesięcznie (IX 2026 – VII 2028) oraz udział w szkoleniu grupowym obejmującym 8 spotkań po 3 godziny (IX 2026 – VI 2028).
4. W ramach wsparcia dla personelu medycznego Uczestnik/czka bierze udział w 3 szkoleniach dwudniowych po 14 godzin zegarowych (IX 2026 – VI 2028).
5. Usługi świadczone w ramach Projektu nie zastępują świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie zagwarantowane jest ze środków publicznych.

§3. Obowiązki Realizatora Projektu

1. Realizator Projektu zobowiązuje się do zapewnienia Uczestnikowi/czce wsparcia określonego w §2, w terminach i godzinach dostosowanych do jego/jej potrzeb, potencjału i preferencji, z możliwością realizacji wizyt w godzinach popołudniowych i wieczornych od poniedziałku do piątku oraz w soboty.



2. Realizator Projektu zapewnia dostępność wsparcia zgodnie ze Standardami dostępności i koncepcją uniwersalnego projektowania oraz umożliwia zgłoszenie szczególnych potrzeb i uruchomienie mechanizmu racjonalnych usprawnień.
3. Realizator Projektu zobowiązuje się do przetwarzania danych osobowych Uczestnika/czki wyłącznie w zakresie i celu określonym w klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.

§4. Obowiązki Uczestnika/czki Projektu

1. Uczestnik/czka zobowiązuje się do systematycznego i aktywnego udziału we wszystkich formach wsparcia, do których został/a zakwalifikowany/a.
2. Uczestnik/czka zobowiązuje się do potwierdzania udziału we wsparciu poprzez podpisanie kart wizyt oraz list obecności.
3. Uczestnik/czka zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Realizatora Projektu o zmianie danych przekazanych w procesie rekrutacji, o przeszkodach uniemożliwiających udział we wsparciu oraz o zamiarze rezygnacji z udziału w Projekcie.
4. Uczestnik/czka zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczących swojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie – w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału – zgodnie z zakresem danych określonym w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.
5. Uczestnik/czka zobowiązuje się do udziału w badaniach ewaluacyjnych oraz do poddania się czynnościom kontrolnym prowadzonym przez uprawnione podmioty.
6. Uczestnik/czka oświadcza, że nie korzysta z tego samego typu wsparcia finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w innym projekcie.

§5. Okres udziału w Projekcie

1. Za dzień rozpoczęcia udziału w Projekcie przyjmuje się dzień przystąpienia Uczestnika/czki do pierwszej formy wsparcia, potwierdzony listą obecności z pierwszej wizyty, ze szkolenia albo ze spotkania z psychologiem.
2. Zakończenie udziału w Projekcie oznacza zakończenie udziału we wszystkich formach wsparcia przewidzianych dla Uczestnika/czki, a także przerwanie udziału w Projekcie przed ich zakończeniem.



§6. Rezygnacja i wykluczenie z udziału w Projekcie

1. Uczestnik/czka może zrezygnować z udziału w Projekcie z ważnych powodów, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji (załącznik nr 11 do Regulaminu) w terminie 7 dni w Biurze Projektu.
2. Realizator Projektu może wykluczyć Uczestnika/czkę z udziału w Projekcie w przypadkach określonych w §9 pkt 3 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.
3. W przypadku rezygnacji lub wykluczenia Realizator Projektu może zakwalifikować do udziału w Projekcie kolejną osobę z listy rezerwowej.

§7. Postanowienia końcowe

1. Umowa obowiązuje od dnia jej podpisania do dnia zakończenia udziału Uczestnika/czki w Projekcie.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają postanowienia Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie oraz przepisy Kodeksu cywilnego.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

* niepotrzebne skreślić

.....

Realizator Projektu

.....

Uczestnik/czka Projektu



Załącznik nr 11 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 REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

....., dnia

Ja niżej podpisany/a,

PESEL:,

zamieszkały/a

.....,

niniejszym oświadczam, że rezygnuję z 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, realizowanym przez Centrum Medyczne Fregata Sp. z o.o. i współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

Powód rezygnacji:

.....

.....

.....

Ostatni dzień mojego udziału we wsparciu:

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. zgodnie z §9 pkt 2 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie niniejsze oświadczenie należy dostarczyć do Biura Projektu w terminie 7 dni;
2. rezygnacja po przystąpieniu do pierwszej formy wsparcia oznacza przerwanie udziału w Projekcie i zostanie wykazana w dokumentacji projektowej oraz w systemie teleinformatycznym;



3. w moje miejsce może zostać zakwalifikowana kolejna osoba z listy rezerwowej.

.....

.....

Miejscowość, data

podpis Uczestnika/czki / pełnomocnika

Wypełnia personel projektu

Data wpływu oświadczenia:

Podpis: