**

*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

*„Tworzenie Lokalnych Systemów Wsparcia dla Seniorów”*

*z dnia 14 stycznia 2025 r.*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO OBJĘCIA USŁUGAMI
SPOŁECZNYMI, ZDOWOTNYMI I WSPIERAJĄCYMI W RAMACH PROJEKTU
„TWORZENIE LOKALNYCH SYSTEMÓW WSPARCIA DLA SENIORÓW”**

|  |
| --- |
| **Formularz zgłoszeniowy wypełniony drukowanymi literami i podpisany należy** dostarczyć osobiście lub wysłać pocztą na adres: ……………………………………………… W razie pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu …………………..Osobą odpowiedzialną za rekrutację jest **………………………………..** |
|  |

**DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UDZIAŁU WE WSPARCIU:**

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |
|   |
| **TELEFON KONTAKTOWY (stacjonarny lub komórkowy), E-MAIL** | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  |   |
| **SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  |
| Tłumacz języka migowego | Inne… |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** |  |
| **ZAMIESZKIWANIE NA TERENIE GMINY……………** | □TAK □ NIE |
| **WIEK (60+)** | □TAK □ NIE |
| **NIEKORZYSTANIE Z TYCH SAMYCH FORM WSPARCIA Z INNYCH ŹRÓDEŁ, W TYM Z UE** | □TAK □ NIE |
| **OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU** | □TAK □ NIE |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** |  |
| **OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (WG SKALI LAWTONA)** |  | od 8 do 12 pkt – 30 pktod 13 do 17 pkt – 20 pkt od 18 do 23 pkt – 10 pkt  |
| **OSOBA ZAMIESZKUJĄCA SAMOTNIE** | □TAK □ NIE | 25 punktów |
| **OSOBA KORZYSTAJĄCA Z POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ (FE PŻ)** | □TAK □ NIE | 25 punktów |
| **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ POTWIERDZONA ORZECZENIEM O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB DŁUGOTRWAŁA/PRZEWLEKŁA/NAGŁA CHOROBA POTWIERDZONA ZAŚWIADCZENIEM LEKARSKIM** | □TAK □ NIE | 20 punktów |

**OŚWIADCZENIE**

1. **Ja, niżej podpisana/y potwierdzam uczestnictwo we wsparciu w postaci usług społecznych, zdrowotnych
i wspierających organizowanych w ramach projektu „*Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów”* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 -2027, Priorytetu 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działania 9.4, Zwiększenie dostępności do usług społecznych i zdrowotnych.**
2. **Oświadczam, iż zapoznałam/em się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
W PROJEKCIE „Tworzenie Lokalnych Systemów Wsparcia dla Seniorów”**
3. **Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem.**
4. **Zapoznałem /łam się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ RODO i wyrażam zgodę na realizację jej zapisów:**

**Zgodnie z art. 13 i 14 (jeśli dane podaje opiekun prawny seniora) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych**

**w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), zwanego dalej: „RODO”, informuje się, że:**

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego
z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, tel: 41 395-10-00, fax: 41 344 52 65,
e-mail: urzad.marszalkowski@sejmik.kielce.pl, Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021 na poziomie aplikacyjnym.**
2. **Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych e-mailem: iod@sejmik.kielce.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych, Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce.**
3. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:**

**- przeprowadzenia rekrutacji do ww. projektu, monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników związanych z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, - archiwizacji dokumentacji.**

1. **Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust.2 lit. g RODO) wynikających z:**
2. **w zakresie Pani/Pana wizerunku – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO,**

**tj. wyrażonej przez Panią/Pana zgody na jego przetwarzanie;**

**b) w zakresie innych danych osobowych niż wizerunek:**

**• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające 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 (Dz. U. UE. L.z 2021 r. Nr 231, str. 159 z późn. zm.);**

**• Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. U. UE. L. z 2021 r. Nr 231, str. 21 z późn. zm.);**

**• Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079);**

**• Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1270
z późn. zm.);**

**• Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 164 z późn. zm.).**

1. **Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.**
2. **Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione m.in. innym podmiotom na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom, o którym mowa w art. 87 i 89 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora
w tym pracownikom i współpracownikom Administratora, podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa, podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT
i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną, Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach.**
3. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów będą przechowywane do czasu rozliczenia programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji zgodnie z właściwymi przepisami prawa.**
4. **Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do Państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.**
5. **Jeśli podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są: art. 6 ust. 1 lit.a i lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g RODO, posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych.**

**i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO), prawo do sprostowania danych (art. 16 RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO). Jeżeli podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO, posiada Pani/Pan prawo do usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”), z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z tego przepisu prawa (art. 17 RODO) oraz prawo do przenoszenia danych (art. 20 RODO).**

1. **Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi z art. 77 RODO do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.**
2. **Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane Administratorowi przez Panią/Pana lub pośrednio przez Partnera oraz instytucje i podmioty zaangażowane w realizację Projektu.**
3. **Podanie danych osobowych (innych niż wizerunek) jest warunkiem niezbędnym, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości realizacji ww. celów. Natomiast podanie danych osobowych (wizerunku) jest warunkiem dobrowolnym w celach informacji i promocji Projektu.**
4. **Pani/Pana dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.**
5. **Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail)
w ramach organizowanego wsparcia.**
6. **Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Lidera i Partnerów projektu dla celów promocyjnych związanych z realizacją projektu „Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów”. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane w czasie realizacji projektu mogą zostać umieszczone na stronie internetowej Lidera oraz Partnerów projektu lub innych przez nich zarządzanych oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych, także rozpowszechniane w tym celu za pomocą mediów tradycyjnych i elektronicznych. Zostałam/em poinformowana/y o możliwość w każdej chwili pisemnego wycofania zgody.**
7. **Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.**
8. **Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail)
o organizowanych działaniach projektowych.**

**………………………. ………………………………………**

**Data Podpis uczestnika**

**\*Wypełnia Komisja Rekrutacyjna**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Razem ilość uzyskanych punktów**  | **…………………………punktów** |
| **Podpisy Komisji Rekrutacyjnej** | **1…………………………..****2…………………………..****3………………………….** |

******

***Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego – Skala Lawtona -skala oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL)***

| **Oceniany parametr** | **Bez pomocy****(3 punkty)** | **Z niewielką pomocą****(2 punkty)** | **Zupełnie nie jest w stanie korzystać****(1 punkt)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czy potrafisz korzystać z telefonu?** |  |  |  |
| **Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsca poza odległością spaceru?** |  |  |  |
| **Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?** |  |  |  |
| **Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki?** |  |  |  |
| **Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?** |  |  |  |
| **Czy możesz samodzielnie wyprać swoje rzeczy/ dokonać drobnych napraw domowych /majsterkować?** |  |  |  |
| **Czy samodzielnie przygotujesz i przyjmujesz leki?** |  |  |  |
| **Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?** |  |  |  |
| **Wynik końcowy** | **………….. /24 punkty** |

**Maksymalnie można uzyskać 24 punkty.**

**Ogólna liczba punktów ma znaczenie nie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogorszeniu się stanu ogólnego.**

**Podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego ………………………………………..**