

**REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„KOMPLEKSOWY PROGRAM WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”**

AKTUALIZACJA Z DN. 01.08.2019 R. (wydłużenie terminu rekrutacji)

NR PROJEKTU: RPLD.09.02.01-10-F006/18

§ 1

Informacje ogólne

- 1) Projekt „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych” jest realizowany przez FUNDACJĘ "SWOBODA" z siedzibą w Głownie, ul. Sosnowa 4 (Beneficjent Projektu, Lider Projektu) w partnerstwie z OŚRODKIEM WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH z siedzibą w Plewiskach, ul. Kminkowa 182e/2.
- 2) Okres realizacji projektu: 01.06.2019 r. – 31.05.2021 r.
- 3) Słownik pojęć:
 - a) **Osoba z niepełnosprawnością** - osoba w rozumieniu w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lub uczeń/dziecko z niepełnosprawnością w wieku przedszkolnym posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności oraz dziecko i młodzież posiadająca orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej;
 - b) **Osoba niesamodzielna, tj. osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
 - c) **Opiekun faktyczny**- osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną (tj. osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu), niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny.
 - d) **Biuro projektu**- siedziba Beneficjenta: FUNDACJA "SWOBODA" 95- 015 Głowno, ul. Sosnowa 4, tel.: 42 710 75 46, godziny otwarcia: dni robocze, w godz. 08.00- 16.00.
 - e) **Uczestnik projektu**- osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie.

§ 2

Warunki uczestnictwa w projekcie

- 1) Projekt skierowany jest do osób z województwa łódzkiego (osób fizycznych, uczących się/pracujących/ zamieszkujących województwo łódzkie w myśl Kodeksu Cywilnego), w tym:
 - a) osób niesamodzielnych (osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu) ze względu na niepełnosprawność tj. osób, które ze względu na niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności

dnia codziennego, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (według definicji Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020).

W przypadku osób niesamodzielnych chcących skorzystać z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania konieczne jest dodatkowo posiadanie statusu:

- osoby samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;
- osoby samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;
- osoby w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

b) opiekunów faktycznych, tj. osób pełnoletnich opiekujących się osobą niepełnosprawną niesamodzielną (tj. osobą niepełnosprawną potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu), niebędących opiekunami zawodowymi i niepobierających wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki,

z zastrzeżeniem, iż o udział w projekcie ubiegać się mogą osoby otrzymujące wsparcie z PO PŻ jedynie jeśli zakres wsparcia otrzymanego w niniejszym projekcie przez te osoby nie będzie powielał wsparcia, które dana osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym uzyskuje w ramach działań towarzyszących w PO PŻ.

2) Wsparcie w projekcie otrzymają 43 osoby niesamodzielne (osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu) ze względu na niepełnosprawność oraz 43 opiekunów faktycznych, spełniających ww. kryteria.

§ 3

Rekrutacja

- 1) Rekrutacja prowadzona będzie w wydłużonym terminie do dnia 08.07.2019 r. do 30.09.2019 r.
- 2) W przypadku niewyłonienia zakładanej liczby uczestników termin rekrutacji może ulec wydłużeniu na kolejny miesiąc/e. Dopuszcza się również rekrutacje uzupełniające po wycofaniu się uczestników projektu, pogorszeniu ich stanu zdrowia, itp.
- 3) Warunkiem ubiegania się o udział w projekcie jest złożenie poprawnie wypełnionych dokumentów rekrutacyjnych, w terminie określonym w § 3 ust. 1, w jeden z następujących sposobów:
 - a) osobiście do Biura projektu
 - b) za pomocą poczty tradycyjnej/kuriera- przesyłki nadanej na adres Biura projektu
 - c) podczas organizowanych przez Beneficjenta spotkań terenowych na temat możliwości udziału w projekcie (możliwość przekazania dokumentów rekrutacyjnych pracownikowi Beneficjenta obecnemu na spotkaniu).

- 4) Dokumenty rekrutacyjne składają się z Formularza Zgłoszeniowego (osobnego dla osoby niesamodzielnej i osobnego dla opiekuna faktycznego) wraz z następującymi zaświadczeniami, potwierdzającymi kwalifikowalność do projektu:
 - a) poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 511) oraz w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm)- dotyczy osób niesamodzielnych starających się o udział w projekcie
- 5) Dokumenty rekrutacyjne osoba starająca się o udział w projekcie uzupełnia i podpisuje samodzielnie, odręcznie, czytelnym pismem. W przypadku gdy o udział w projekcie jako osoba niesamodzielna stara się osoba niepełnoletnia lub osoba niesamodzielna, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne podjęcie świadomej decyzji, dopuszcza się podpisanie dokumentów rekrutacyjnych przez opiekuna prawnego/faktycznego danej osoby niesamodzielnej.
- 6) Formularz Zgłoszeniowy wraz z załącznikami dostępny jest w Biurze projektu i na stronie internetowej www.fundacjaswoboda.pl. Formularze Zgłoszeniowe dystrybuowane będą również podczas organizowanych przez Beneficjenta spotkań terenowych na temat możliwości udziału w projekcie.

§ 4

Ocena dokumentów rekrutacyjnych

- 1) Ocena złożonych dokumentów rekrutacyjnych obejmować będzie następujące etapy:
 - a) weryfikacja formalna aplikacji: analiza kompletności i poprawności dokumentów- w przypadku stwierdzenia braków formalnych, osoba starająca się o udział w projekcie będzie miała możliwość jednorazowego uzupełnienia braków w wyznaczonym przez Beneficjenta terminie
 - b) ocena spełnienia przez potencjalnego kandydata kryteriów dostępu, tj. przynależności do grupy docelowej projektu- kryteriów obowiązkowych dla wszystkich uczestników projektu:

W PRZYPADKU OSÓB NIESAMODZIELNYCH

- osoba fizyczna, ucząca się/pracująca/ zamieszkująca województwo łódzkie w myśl Kodeksu Cywilnego- weryfikacja na podstawie zapisów i oświadczenia zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym
- posiadanie statusu osoby niesamodzielnej (osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu) ze względu na niepełnosprawność tj. osoby, które ze względu na niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (według definicji Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020)- ocena na podstawie oświadczenia o niesamodzielności zawartego w Formularzu Zgłoszeniowym oraz oświadczenia w Formularzu i przedłożonego stosownego orzeczenia/ innego dokumentu poświadczających niepełnosprawność
- w przypadku osób niesamodzielnych chcących skorzystać z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dodatkowo weryfikowane będzie posiadanie statusu: osoby



samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości lub osoby samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości lub osoby w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości

W PRZYPADKU OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

- osoba fizyczna, ucząca się/pracująca/ zamieszkująca województwo łódzkie w myśl Kodeksu Cywilnego- weryfikacja na podstawie zapisów i oświadczenia zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym
- posiadanie statusu opiekuna faktycznego tj. osoby pełnoletniej opiekującej się osobą niepełnosprawną niesamodzielną, niebędącej opiekunem zawodowym i niepobierającej wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki- weryfikacja na podstawie oświadczenia zawartego w Formularzu Zgłoszeniowym

b) ocena punktowa złożonych Formularzy według następującej metodologii (Kryteriów punktowych):

W PRZYPADKU OSÓB NIESAMODZIELNYCH

- osoby otrzymujące wsparcie z POPŻ (z zastrzeżeniem, iż zakres wsparcia w projekcie nie będzie powielał działań, które dana osoba/rodzina otrzymała/otrzymuje w ramach działań towarzyszących w POPŻ) otrzymają 3 dodatkowe pkt. (ocena na podstawie oświadczenia w Formularzu)
- osoby zagrożone ubóstwem/ wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego tj. z powodu więcej niż 1 z przestank otrzymają 5 dodatkowych pkt. (ocena na podstawie oświadczenia w Formularzu)
- osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi jako osoby preferowane w projekcie dostaną 10 dodatkowych pkt. (ocena na podstawie oświadczenia w Formularzu oraz przedłożonego wraz z Formularzem orzeczenia/ innego dokumentu poświadczającego niepełnosprawność)
- pierwszeństwo w projekcie przed wyżej wymienionymi mają osoby niesamodzielne z niepełnosprawnościami, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej- osoby te jako osoby preferowane w projekcie dostaną 20 dodatkowych punktów (ocena na podstawie oświadczenia w Formularzu)

W PRZYPADKU OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

- za uzasadnienie potrzeby objęcia wsparciem projektowym, ujętym w Formularzu opiekun faktyczny może uzyskać od 0 do 10 pkt.
 - kobiety: uzyskają 2 dodatkowe pkt. (ocena na podstawie zapisów w Formularzu)
- 2) Na podstawie uzyskanej punktacji i kryteriów oceny na zakończenie każdej edycji rekrutacji powołana Komisja Rekrutacyjna (składająca się z min. 2 osób zaangażowanych w realizację projektu) utworzy listę rankingową i rezerwową osób zakwalifikowanych do projektu.
 - 3) O przyjęciu do projektu zakwalifikowani uczestnicy poinformowani zostaną w sposób wykazany przez nich w Formularzu, bądź w przypadku trudności z kontaktem w wybrany przez nich sposób-listownie.

§5

Zasady uczestnictwa w projekcie

- 1) Udział uczestników w projekcie rozpoczyna się z dniem otrzymania pierwszej formy wsparcia.
- 2) Osoby zakwalifikowane do projektu mają możliwość uczestnictwa w następujących formach wsparcia:
 - a) Indywidualne spotkanie ze Specjalistą z zakresu pracy socjalnej (trwające 3 godziny zegarowe), który opracuje dla uczestnika Indywidualną Ścieżkę Wsparcia w projekcie, dokona identyfikacji jego indywidualnych problemów w obszarze funkcjonowania osobistego, społecznego, dokona oceny statusu ekonomicznego osoby niepełnosprawnej, jej warunków bytowych, sytuacji materialnej i życiowej, wyznaczy kierunki i wymiar koniecznej pomocy w projekcie (wsparcie dla 43 osób niesamodzielnych ze względu na niepełnosprawność wraz z jej opiekunem faktycznym)
 - b) Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania/pobytu uczestnika projektu, z uwzględnieniem bliskiego otoczenia dla 18 osób niesamodzielnych ze względu na niepełnosprawność, obejmujące w szczególności pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza i zapewnienie kontaktów z otoczeniem (w średnim wymiarze 4h/tydzień, 16 h/miesiąc przez 20 miesięcy dla każdej osoby, łącznie 320 godzin/osobę)
 - c) 25 niesamodzielnych uczestników projektu będzie miało możliwość nieodpłatnego uczęszczania do KLUBU AKTYWNYCH w Głownie, utworzonego w ramach projektu w siedzibie FUNDACJI „SWOBODA”, czynnego przez 8 h dziennie w dni robocze, prowadzonego przez zatrudnionego Kierownika Klubu i w ramach którego realizowane będą m.in. zajęcia aktywizujące, mające na celu zagospodarowanie czasu podczas pobytu w Klubie, spotkania edukacyjne z lekarzami, zajęcia z zakresu kultury fizycznej, zajęcia związane z edukacją zdrowotną, poradnictwo prawne. Wymiar godzinowy wsparcia w ramach prowadzonego Klubu będzie dostosowany do indywidualnych potrzeb uczestnika projektu. Szczegółowe zasady funkcjonowania Klubu określa Regulamin Klubu, dostępny w Biurze projektu i na stronie internetowej www.fundacjaswoboda.pl
 - d) Indywidualne spotkania z psychologiem dla 43 opiekunów faktycznych (poradnictwo mające na celu poprawę kondycji psychicznej oraz wsparcie opiekunów w rozwiązywaniu problemów psychologicznych, m.in. poprzez wzmocnienie umiejętności radzenia sobie z trudnymi

- emocjami i nagromadzonym stresem związanym z opieką nad niepełnosprawną osobą niesamodzielną). Wymiar wsparcia zgodny z potrzebami opiekuna (średnio 5h/opiekuna)
- e) 43 opiekunów faktycznych i 43 osoby niesamodzielne będą mogły korzystać w okresie realizacji projektu z wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego, utworzonej w siedzibie FUNDACJI „SWOBODA” oraz dodatkowo z doradztwa z zakresu doboru, wykorzystania, obsługi sprzętów i infolinii (tj. porad mailowych, telefonicznych i osobistych w zakresie m.in.: pielęgnacji, zasiłków, pomocy społecznej, pomocy w organizacji sprzętu rehabilitacyjnego, organizacji dostępnych form pomocy), prowadzonych przez pracownika wypożyczalni.

Szczegółowy zakres wsparcia w projekcie zostanie określony dla uczestnika projektu w Indywidualnej Ścieżce Wsparcia (przy współudziale osoby niesamodzielnej i opiekuna faktycznego), uczestnik projektu będzie zobowiązany do aktywnego udziału w przewidzianych dla niego formach wsparcia.

§6

Uprawnienia i obowiązki uczestnika projektu

- 1) Uczestnik projektu jest uprawniony do nieodpłatnego udziału w projekcie- tj. nieodpłatnego udziału w oferowanych w ramach projektu formach wsparcia
- 3) Uczestnik projektu jest zobowiązany do:
 - a) czynnego udziału w oferowanym w ramach projektu wsparciu
 - b) podpisania i realizacji wymaganych umów wsparcia oraz uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w oparciu o w/w umowy i stworzoną indywidualną ścieżkę wsparcia
 - c) wyrażenia zgody na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych
 - d) wypełniania ankiet przeprowadzanych podczas trwania projektu
 - e) wypełniania innych dokumentów, oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu
 - f) przestrzegania Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz umów uczestnictwa
 - g) systematycznego uczestniczenia we wszystkich zajęciach
 - h) natychmiastowego informowania Kierownika projektu o zmianie danych osobowych bądź kontaktowych, ujętych w Formularzu rekrutacyjnym, zmianie sytuacji zawodowej (np. podjęciu zatrudnienia) oraz udzielania wszelkich informacji związanych z uczestnictwem w projekcie instytucjom zaangażowanym we wdrażanie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.
 - i) przekazania Beneficjentowi w terminie 4 tygodni po zakończenia udziału w projekcie danych dotyczących statusu na rynku pracy i informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji.

§7

Nieobecność i rezygnacja z uczestnictwa w projekcie

- 1) Obecność na formach wsparcia jest obowiązkowa.
- 2) Uczestnik projektu ma obowiązek niezwłocznie poinformować pracownika Biura projektu o przyczynach nieobecności na zajęciach.
- 3) W szczególnych, nieprzewidzianych sytuacjach losowych, uniemożliwiających udział w projekcie (np. długotrwała choroba, zmiana miejsca zamieszkania, itp.), uczestnicy projektu mają prawo do rezygnacji z uczestnictwa, po złożeniu pisemnego oświadczenia/zgłoszenia do pracownika Biura projektu o rezygnacji i szczegółowym wyjaśnieniu jej przyczyn.



§ 8

Postanowienia końcowe

- 1) Niniejszy Regulamin wraz z załącznikami może ulec zmianie.
- 2) Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu stają się obowiązujące z dniem publikacji ich na stronie internetowej projektu.
- 3) Niniejsza aktualizacja Regulaminu wchodzi w życie z dniem 01.08.2019 roku.

Załączniki do Regulaminu:

1. Formularz Zgłoszeniowy osoby niesamodzielnej
2. Formularz zgłoszeniowy opiekuna faktycznego



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY NIESAMODZIELNEJ
DO PROJEKTU: „KOMPLEKSOWY PROGRAM WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”
NR PROJEKTU: RPLD.09.02.01-10-F006/18**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PERSONALNE	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

3. Jestem osobą bierną zawodowo² TAK NIE

W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE

W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE

4. Jestem osobą pracującą³ TAK NIE

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego

¹ Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

² Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

³ Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej
- inny, jaki? _____

- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- rolnik

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): _____

POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Należę do grupy osób zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym- tj. jestem:

- a) osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej TAK NIE
- b) osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym TAK NIE
- c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz należę do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (w tym osobą przebywającą w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej TAK NIE
- d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969) TAK NIE
- e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.) TAK NIE
- f) osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych- Dz. U. z 2018 r. poz. 511 późn.zm. lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.) TAK NIE

W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy wpisać posiadany rodzaj niepełnosprawności: _____ i stopień niepełnosprawności: _____

g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością TAK NIE

h) osobą niesamodzielną (osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu), która ze względu na niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego TAK NIE

i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁴ TAK NIE

j) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności TAK NIE

k) osobą korzystającą z PO PŻ TAK NIE

zakres wsparcia w danym projekcie powiela działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ TAK NIE

2. Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/ zamieszkującą województwo łódzkie w myśl Kodeksu Cywilnego TAK NIE

3. Jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona odpowiedniej pomocy, w tym w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości TAK NIE

4. Jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić mi odpowiedniej pomocy w tym w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości TAK NIE

5. Jestem osobą w rodzinie, rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości TAK NIE

6. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/osobą z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną/osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi TAK NIE

⁴ Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

Do osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem do mieszkań nie są zaliczane osoby dorosłe mieszkające z rodzicami, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.

7. Jestem osobą niesamodzielną z niepełnosprawnościami, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej TAK NIE

8. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia TAK NIE

9. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE

10. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK NIE

Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-maili wykazany w niniejszym formularzu
- listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych”, numer projektu: RPLD.09.02.01-10-F006/18, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych” (numer projektu: RPLD.09.02.01-10-F006/18) oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych zobowiązuję się”, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
2. W terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
 - b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.
2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
 - a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl
 - b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pllub adres poczty www.fundacjaswoboda.pl.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego,

Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

5. Odbiorcą moich danych jest:

- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- c) Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,
- d) Beneficjent realizujący Projekt- FUNDACJA "SWOBODA", ul. Sosnowa 4, 95- 015 Głowno,
- e) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH z siedzibą w Plewiskach, ul. Kminkowa 182e/2.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

- 6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
- 9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
- 11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
- 12. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez FUNDACJĘ „SWOBODA” i OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji

zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

Data i czytelny podpis: _____

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy w szczególności osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

- Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata i jego zdolność do podjęcia zatrudnienia (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*- Dz. U. z 2016 r., poz. 2046, z późn. zm. oraz ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*- Dz. U. z 2017 r., poz. 882, z późn. zm.).

Uwaga

Dokumenty rekrutacyjne osoba starająca się o udział w projekcie uzupełnia i podpisuje samodzielnie, odręcznie, czytelnym pismem. W przypadku gdy o udział w projekcie jako osoba niesamodzielna stara się osoba niepełnoletnia lub osoba niesamodzielna, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne podjęcie świadomej decyzji, dopuszcza się podpisanie dokumentów rekrutacyjnych przez opiekuna prawnego/faktycznego danej osoby niesamodzielnej.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
DO PROJEKTU: „KOMPLEKSOWY PROGRAM WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”
NR PROJEKTU: RPLD.09.02.01-10-F006/18**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PERSONALNE	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy⁵: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

3. Jestem osobą bierną zawodowo⁶ TAK NIE

W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE

W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE

4. Jestem osobą pracującą⁷ TAK NIE

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu nauczyciel kształcenia ogólnego

⁵ Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

⁶ Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

⁷ Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | <input type="checkbox"/> rolnik |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? _____ | |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy):

POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

- Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/ zamieszkującą województwo łódzkie w myśl Kodeksu Cywilnego TAK NIE
- Jestem opiekunem faktycznym- tj. osobą pełnoletnią, opiekującą się osobą niepełnosprawną niesamodzielną (tj. osobą niepełnosprawną potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu), niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki TAK NIE
- Jestem opiekunem faktycznym następującej osoby niesamodzielnej z powodu niepełnosprawności (należy podać imię i nazwisko osoby niesamodzielnej):
- Uzasadnienie potrzeby objęcia wsparciem projektowym:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- Jestem osobą korzystającą z PO PŻ TAK NIE
zakres wsparcia w danym projekcie powiela działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ TAK NIE
- Jestem osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych- Dz. U. z 2018 r. poz. 511 późn.zm. lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.) TAK NIE
- Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia TAK NIE
- Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE
- Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK NIE

Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych”, numer projektu: RPLD.09.02.01-10-F006/18, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych” (numer projektu: RPLD.09.02.01-10-F006/18) oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych zobowiązuję się”, że:

3. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
4. W terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

13. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- c) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
- d) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

14. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl

b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl

lub adres poczty www.fundacjaswoboda.pl.

15. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Kompleksowy program wsparcia osób niepełnosprawnych”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

16. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
 - 4) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - 5) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - 6) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
 - e) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - g) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - h) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz

szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

17. Odbiorcą moich danych jest:

- f) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- g) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- h) Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,
- i) Beneficjent realizujący Projekt- FUNDACJA "SWOBODA", ul. Sosnowa 4, 95- 015 Głowno,
- j) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH z siedzibą w Plewiskach, ul. Kminkowa 182e/2.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

- 18. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 20. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
- 21. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 22. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
- 23. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
- 24. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez FUNDACJĘ „SWOBODA” i OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

Data i czytelny podpis: _____

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy w szczególności osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

- Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata i jego zdolność do podjęcia zatrudnienia (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*- Dz. U. z 2016 r., poz. 2046, z późn. zm. oraz ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*- Dz. U. z 2017 r., poz. 882, z późn. zm.)- dotyczy osób wpisujących się w grupę osób z niepełnosprawnością