

Formularz zgłoszeniowy w ramach projektu „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”

Data wpływu formularza
Wiek w momencie złożenia formularza zgłoszenia

DANE OSOBOWE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Imię i nazwisko	Data urodzenia
------------------------	-----------------------

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica	Numer domu/lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Gmina	Powiat
Województwo	
Telefon kontaktowy	Adres e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

(należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica	Numer domu/lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko	Numer telefonu
------------------------	-----------------------

STATUS UCZESTNIKA - przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak X

<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe
<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z inną osobą niesamodzielną
<input type="checkbox"/>	Osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z rodziną pod warunkiem, że wspólnie zamieszkujący dorośli członkowie rodziny to osoby pracujące
<input type="checkbox"/>	Osoba nieprzebywająca w opiece całodobowej

KRYTERIA PODSTAWOWE

Oświadczam że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu¹ ze względu na:	<input type="checkbox"/> stan zdrowia
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność
Oświadczam, że mam trudności z samodzielnym wykonywaniem co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> samodzielne jedzenie	<input type="checkbox"/> ubieranie i rozbieranie się
<input type="checkbox"/> kąpanie się	<input type="checkbox"/> korzystanie z toalety
<input type="checkbox"/> wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	<input type="checkbox"/> kontrolowanie wydalania moczu i stolca

KRYTERIA DODATKOWE – proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X i załączyć dokumenty potwierdzające

<input type="checkbox"/> Miesięczny dochód (w miesiącu poprzedzającym złożenie Formularza zgłoszeniowego) na osobę w rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004r. jest niższy niż 1051,50 zł (dla osoby samotnie gospodarującej) oraz 792,00 zł (dla osoby gospodarującej z rodziną)
<input type="checkbox"/> Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z poniższych przestank: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przestank określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; <input type="checkbox"/> b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> d) osoby z niepełnosprawnością²; <input type="checkbox"/> e) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> f) osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> g) osoby niesamodzielne; <input type="checkbox"/> h) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną ³ oraz osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ⁴ |
| <input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |
| <input type="checkbox"/> Osoba będąca kombatantem i/lub ofiarą represji ⁵ |

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rypinie w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Kujawsko-Pomorska Teleopieka” tj. jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem procesu rekrutacji uczestników do Projektu.

Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu Projektu.

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych informuję, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie Pl. Teatralny 2, 87-100 Toruń,
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – rops@rops.torun.pl
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji do teleopieki w ramach projektu „Kujawsko-Pomorska Teleopieka”.
- 4) Podstawą do przetwarzania tych danych jest art. 6 i 9 RODO.
- 5) Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 6) Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 7) Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
- 8) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata

¹ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to 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.

² Osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

³ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

⁴ W rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych

⁵ Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego.