



**Formularz zgłoszeniowy do świadczenia usługi TELEOPIEKI
w ramach projektu projektu
„Pogodna jesień życia na Kujawach i Pomorzu – projekt rozwoju pomocy
środowiskowej dla seniorów”**

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA ¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
ADRES DO KORESPONDENCJI ²			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWIIONEJ (JEŚLI WYSTĘPUJE)

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	

INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE

Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa)
---	--

	Kategoria	Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe	UWAGA! Wymagane zaświadczenie. Proszę wpisać nazwę załączonego dokumentu potwierdzającego spełnienie kryterium
Kryteria dodatkowe	osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	
	osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym lub znacznym	<input type="checkbox"/>	
	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną w tym z zaburzeniami psychicznymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną/całościowymi zaburzeniami	<input type="checkbox"/>	
	osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (powody wykluczenia proszę zaznaczyć w oświadczeniu opcjonalnym)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ucząca się
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca jeśli tak proszę podać nazwę i adres zakładu pracy oraz wykonywany zawód
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	<input type="checkbox"/> żadna z powyższych

Status uczestnika (proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X)	TAK	NIE
osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z inną osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z rodziną pod warunkiem, że wspólnie zamieszkujący dorośli członkowie rodziny to osoby pracujące	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować ROPS w Toruniu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Pogodna jesień życia na Kujawach i Pomorzu – projekt rozwoju pomocy środowiskowej dla seniorów” tj. jestem osobą niesamodzielną oraz zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować ROPS w Toruniu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Oświadczam, że w tym samym czasie nie korzystam z takich samych form wsparcia w żadnym innym projekcie współfinansowanym przez Europejski Fundusz Społeczny.

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.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna faktycznego

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 Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Janiny Bartkiewiczówny 93, 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 „Pogodna jesień życia na Kujawach i Pomorzu – projekt rozwoju pomocy środowiskowej dla seniorów”.
Podstawą do przetwarzania tych danych jest art. 6 i 9 RODO.
- 4) Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.



OŚWIADCZENIE OPCJONALNE

Oświadczam, iż doświadczam wielokrotnego wykluczenia, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. spełniam warunki (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):

a) osoby lub rodziny korzystającej 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 przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>
b) osoby, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	<input type="checkbox"/>
c) osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	<input type="checkbox"/>
d) osoby z niepełnosprawnością – 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);	<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 zakwalifikowanej 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 niesamodzielnej;	<input type="checkbox"/>
h) osoby bezdomnej lub dotkniętej 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"/>
i) osoby odbywającej kary pozbawienia wolności;	<input type="checkbox"/>
j) osoby korzystającej z PO PŻ.	<input type="checkbox"/>



Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować ROPS w Toruniu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna faktycznego

Oświadczam, iż dochód na członka w rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. za rok 2017 wynosi:

.....
(należy podać kwotę na 1 członka rodziny)

, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować ROPS w Toruniu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna faktycznego