



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocna dłoń”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Pomocna dłoń” nr FELU.08.06-IZ.00-0023/25**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027,
Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie 09.04. Zwiększenie dostępności usług społecznych i
zdrowotnych

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy	
Data wpływu Formularza zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy

DOTYCZY OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

DANE UCZESTNIKA	
Rodzaj uczestnika:	<input type="checkbox"/> Indywidualny
Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię:	
Nazwisko:	
Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):	<input type="checkbox"/> Podstawowe - ISCED 1 <input type="checkbox"/> Gimnazjalne – ISCED 2 <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - ISCED 3 <input type="checkbox"/> Policealne - ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe - ISCED 5 – 8

Projekt „Pomocna dłoń” nr FELU.08.06-IZ.00-0023/25 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej, programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Działanie 8.6 Usługi zdrowotne



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



DANE TELEADRESOWE	
Kraj:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	__ - ____
Obszar:	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski <input type="checkbox"/> Obszar miejski
Telefon kontaktowy:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail):	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba bezrobotna:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
Osoba bierna zawodowo:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli osoba pracująca należy podać nazwę firmy/instytucji i adres miejsca pracy	
.....	
.....	



POZOSTAŁE DANE	
KRYTERIA DOSTĘPU	
Osoba dorosła – w wieku powyżej 18 roku życia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie nr PESEL zawartego w Formularzu zgłoszeniowym.	
Osoba posiadająca status zagrożonej wykluczeniem społecznym Osoby Potrzebującej Wsparcia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie: zaświadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej lub oświadczenie Osoby Potrzebującej Wsparcia o zagrożeniu wykluczeniem społecznym i zaświadczenia lekarskiego/orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności/ wywiad środowiskowy/ zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/ ocena potrzeby wsparcia wg skali Lawtona lub skali Katza lub skali Barthel/ inne dokumenty potwierdzające kwalifikowalność jako Osoba Potrzebująca Wsparcia.	
Osoba zamieszkująca w myśl Kodeksu Cywilnego w powiecie opolskim lub w powiecie puławskim w województwie lubelskim.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie danych z Formularza zgłoszeniowego, oświadczenia	
Osoba, u której brak jest konieczności objęcia całodobowymi świadczeniami pielęgnacyjnymi i hospitalizacją w oddziale szpitalnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie zaświadczenia od lekarza/ innego dokumentu/ oświadczenia	
W przypadku Osób Potrzebujących Wsparcia, zainteresowanych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową	
Uzyskanie w ocenie skalą Barthel 40 pkt lub mniej i nieobjęcie formami pomocy wskazanymi dla tych usług w Rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie dokumentu potwierdzającego przeprowadzenie ww. oceny z wynikami; oświadczenie Osoby Potrzebującej Wsparcia	
W przypadku OPW zainteresowanych usługami w ramach hospicjum domowego	
Chorowanie na chorobę wpisującą się w minimum jedną jednostkę chorobową kwalifikującą się do leczenia, wskazaną dla osób dorosłych w załączniku nr 1 do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, tj.: od C00 do D48 – Nowotwory; G09 – Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego; od B20 do B24 – Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV); od G10 do G13 – Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy; od I42 do I43 – Kardiomiopatie; J96 – Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej; L89 – Owrzodzenie odleży nowe; G35 – Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie zaświadczenia od lekarza/dokumentacji medycznej/ zdrowotnej	



KRYTERIA PUNKTOWE		
Osoba starsza (w rozumieniu ustawy z 11.09.2015 r. o osobach starszych- zgodnie z wersją obowiązującą w dniu ogłoszenia danego naboru), która ukończyła 60 rok życia: + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba o niskich kwalifikacjach posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie (zgodnie z MSKK), tj. osoba z wykształceniem podstawowym– ISCED 1, wykształceniem gimnazjalnym– ISCED 2, wykształceniem ponadgimnazjalnym– ISCED 3: + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami- ON w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu ON i osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (zgodnie z wersjami obowiązującymi w dniu ogłoszenia danego naboru): + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Migranci- osoby przybyłe z zagranicy do kraju w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy: + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB UCZESTNIKA W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU		
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 głuchoniemej/ 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
Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		
OŚWIADCZENIE		
<p>W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Pomocna dłoń” oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO); - zostałem/am poinformowany/a, iż projekt “Pomocna dłoń” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus; - zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocna dłoń”; - zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach projektowych; 		



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubelskie
Smakuj życie!

- jestem świadomy/a, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie nie gwarantują udziału w wybranych zajęciach oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja rekrutacyjna biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji;
- zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu "Pomocna dłoń" przez Zarząd Województwa Lubelskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 oraz Beneficjenta projektu NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z realizacją projektu "Pomocna dłoń" Przetwarzanie w/w danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 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 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027;
- na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn zm.) **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu "Pomocna dłoń" przez NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu "Pomocna dłoń". Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.**

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

Wybrany sposób poinformowania osoby potrzebującej wsparcia o wynikach rekrutacji:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)