



Data wpływu formularza:

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**
do projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”**I. DANE KANDYDATA (uzupełnij oraz zaznacz właściwe)**

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)		
PESEL		
PŁEĆ		☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
DATA URODZENIA		
WIEK (W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU)		
WYKSZTAŁCENIE		☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne: zawodowe/średnie* (zaznacz właściwe) ☐ pomaturalne/ policealne ☐ wyższe
Adres zamieszkania	WOJEWÓDZTWO	
	POWIAT	
	GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	ULICA	
	NR BUDYNKU/ LOKALU	
KOD POCZTOWY		
NR TELEFONU, E-MAIL		

II. DANE DODATKOWE (zaznacz właściwe)

Oświadczam, że:	
JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ⁴	☐ tak ☐ nie
POSIADAM ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU	☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku osób do 16 roku życia)
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ⁵	☐ tak ☐ nie



Status uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu	☐ bierny/a zawodowo, w tym osoba:
	☐ ucząca się
	☐ nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
	☐ osoba pracująca w administracji rządowej
	☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
	☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
	☐ osoba pracująca w MMŚP
	☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
	☐ osoba pracująca na uczelni
	☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
	☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
	☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
	☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
	☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
	☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
	☐ inne.....
	☐ osoba obcego pochodzenia (dołączyć stosowny dokument)
	☐ osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)
	☐ osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
☐ osoba państwa trzeciego	



⁴ **Osoba z niepełnosprawnością** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm), tj. osoba:

a) chora psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),

b) upośledzona umysłowo,

c) wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

⁵ **Osoba niesamodzielna** - **osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

III. FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE (zaznacz wszystkie właściwe)

FORMA WSPARCIA	Oświadczam, że jestem zainteresowany udziałem w następujących formach wsparcia:
<u>WSPARCIE DLA SENIORÓW</u>	
Placówka wsparcia dziennego - Klub Seniora:	
- warsztaty kulinarne	☐ tak ☐ nie
- warsztaty rękodzielnicze	☐ tak ☐ nie
- zajęcia z fizjoterapeutą	☐ tak ☐ nie
- warsztaty muzyczne	☐ tak ☐ nie
- warsztaty wizażu	☐ tak ☐ nie
- spotkania edukacyjne o stresie i odporności	☐ tak ☐ nie
- działania animacyjne (spotkania edukacyjno- integracyjne, wyjazdy)	☐ tak ☐ nie
<u>WSPARCIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH RODZICÓW / OPIEKUNÓW</u>	
Zajęcia z psychologiem	☐ tak ☐ nie
Trening umiejętności społecznych	☐ tak ☐ nie
Hipoterapia	☐ tak ☐ nie
Krąg wsparcia	☐ tak ☐ nie
Działania integracyjne (imprezy, spotkania, wyjazdy)	☐ tak ☐ nie
<u>KLUB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</u>	
Grupa wsparcia	☐ tak ☐ nie
Aktywności rodzinne	☐ tak ☐ nie
Terapeutyczno – dyskusyjny Klub Filmowy, wykłady/pokazy, dni promocji zdrowia	☐ tak ☐ nie
Warsztaty kulinarne	☐ tak ☐ nie



Warsztaty rękodzielnicze	☐ tak ☐ nie
Warsztaty teatralne/muzyczne	☐ tak ☐ nie
<u>WSPARCIE DLA RODZIN W PRAWIDŁOWYM PEŁNIENIU ICH FUNKCJI</u>	
Psychoterapia związana z uzależnieniami	☐ tak ☐ nie
Psychoterapia indywidualna	☐ tak ☐ nie
Konsultacje prawne	☐ tak ☐ nie
Szkoła dla rodziców	☐ tak ☐ nie
Grupa wsparcia	☐ tak ☐ nie
Konsultacje i poradnictwo dla rodzin: psychiatryczne, superwizyjne (psychoterapeuta, psycholog), indywidualne (przemoc domowa), psychotraumatologiczne, konsultacje i poradnictwo rodzinne / diagnoza problemów w rodzinie	☐ tak ☐ nie
<u>WSPARCIE DLA OSÓB DOTKNIĘTYCH CHOROBAŁ NOWOTWOROWA</u>	
Zajęcia jogi	☐ tak ☐ nie
Spotkania z psychologiem	☐ tak ☐ nie
Warsztaty wizaż / kosmetyczne	☐ tak ☐ nie
Zajęcia rękodzielnicze	☐ tak ☐ nie
Grupa wsparcia	☐ tak ☐ nie
Warsztaty wyjazdowe	☐ tak ☐ nie
<u>USŁUGI ZDROWOTNE</u>	
Usługi rehabilitacyjne stacjonarne i domowe	☐ tak ☐ nie
Opieka pielęgniarstwa długoterminowa	☐ tak ☐ nie
Psycholog dla opiekunów faktycznych osób zależnych	☐ tak ☐ nie
<u>USŁUGI OPIEKUŃCZE I SPECJALISTYCZNE OPIEKUŃCZE W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ</u>	
Usługi opiekuńcze domowe dla osób starszych	☐ tak ☐ nie
Teleopieka	☐ tak ☐ nie
Terapia integracji sensorycznej	☐ tak ☐ nie
Korzystanie z wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjno – wspomagającego	☐ tak ☐ nie

IV. KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU (zaznacz wszystkie właściwe)

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria kwalifikowalności do projektu:
KRYTERIA DLA WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW (FORMALNE)



Mieszkam na obszarze Gminy Czarna Dąbrówka	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wyklucz. społ. zgodnie z ust. z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej z terenu Gminy Czarna Dąbrówka	☐ tak ☐ nie
Należę do przynajmniej 1 grupy odbiorców: – seniorzy (wiek 60+) – osoby zmagające się z chorobą nowotworową – osoby niepełnosprawne/niesamodzielne – rodzice/opiekunowie osób niepełnosprawnych – rodziny z problemami wychowawczymi	☐ tak ☐ nie
KRYTERIA PUNKTOWE	
Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie jest równy bądź mniejszy niż 200% kryterium dochodowego , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej ⁶	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą/rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczających wielokrotnie wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 z przesłanek, o których mowa w rozdz. 3 Wytycznych, w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS+ i EFRR na lata 2021- 2027	☐ tak ☐ nie
Korzystam/kwalifikuję się do wsparcia programu operacyjnego pomoc żywnościowa ⁷	☐ tak ☐ nie
Osoba bierna zawodowa	☐ tak ☐ nie
Należę do przynajmniej 2 grup odbiorców	☐ seniorzy (wiek 60+) ☐ osoby zmagające się z chorobą nowotworową ☐ osoby niepełnosprawne/niesamodzielne ☐ rodzic/opiekun osób niepełnosprawnych ☐ rodziny z problemami wychowawczymi
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ⁸ oraz z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą mieszkającą samotnie	☐ tak ☐ nie

⁶ **Kwalifikowanie się do wsparcia z pomocy społecznej** - dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego (2.020,00 zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych nie przekracza 1.646,00 zł na osobę w rodzinie).

⁷ **Kwalifikowanie się do wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** - dochód nie przekracza 2.676,50 zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 2.180,95 zł na osobę w rodzinie.



⁸ **Orzeczony stopień niepełnosprawności** – orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

V. INNE:

Czy potrzebuje Pan(i) jakiegokolwiek wsparcia lub dostosowania warunków, aby w pełni uczestniczyć w projekcie ? Np. wsparcie techniczne, organizacyjne, tłumaczenie, inne formy pomocy.

☐ tak, (jakie?)

☐ nie

VI. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;
- zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
- zobowiązuję się do przestrzegania i realizacji opracowanego względem mojej sytuacji indywidualnego planu wsparcia / indywidualnego planu opieki dla pacjenta i jego realizacji zgodnie z ustaleniami.
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pt. „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytet 5. Fundusze Europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17 Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021–2027 (FEP 2021-2027)
- zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o zmianie jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.

.....
(data i czytelny podpis)



Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

Deklaracja uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr PESEL

Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie pt. **„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”**, realizowanym przez Centrum Usług Społecznych w Czarnej Dąbrówce w partnerstwie ze Stowarzyszeniem „Siła Dębu”, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „REHAPOZ” Sławomira Musiał oraz Polskim Towarzystwem Psychotraumatologii.

Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki uczestnictwa w projekcie:

1. Jestem osobą zamieszkującą na terenie gminy Czarna Dąbrówka.
2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wyklucz. społ. zgodnie z ust. z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z terenu Gminy Czarna Dąbrówka.
3. Jestem osobą należącą do przynajmniej 1 grupy odbiorców:
 - Seniorzy (wiek 60+)
 - Osoby zmagające się z chorobą nowotworową
 - Osoby niepełnosprawne / niesamodzielne
 - Rodzice / opiekunowie osób niepełnosprawnych
 - Rodziny zagrożone wykluczeniem społecznym i zagrożone umieszczeniem dzieci w pieczy zastępczej
4. Zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytet 5. Fundusze Europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17 Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021–2027 (FEP 2021-2027).
5. Nie korzystam i nie będę korzystać z tego samego typu wsparcia w innych projektach w okresie realizacji projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” współfinansowanego przez EFS+.
6. Zapoznałam/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa do projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”.
7. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczyć w działaniach realizowanych w ramach projektu.



8. W terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji zgodnie z zakresem danych określonych w wytycznych w zakresie monitorowania.

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wizerunku w ramach realizowanego projektu przez Gminę Czarna Dąbrówka, Centrum Usług Społecznych w Czarnej Dąbrówce oraz partnerów projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Wyrażam zgodę na potwierdzenie mojego statusu na rynku pracy przez CUS.

.....
Data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego/przedstawiciela ustawowego małoletniego



**OŚWIADCZENIE/
ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W PROJEKCIE
„USŁUGI SPOŁECZNE I ZDROWOTNE W GMINIE CZARNA DĄBRÓWKA”**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego podopiecznego

(imię i nazwisko dziecka)

w projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Jednocześnie

1. Jestem świadomy/a, iż mój podopieczny uczestnicząc w projekcie jest zobowiązany do przestrzegania Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka.”
2. Oświadczam, iż zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”
3. Oświadczam, iż stan zdrowia podopiecznego nie wykazuje przeciwwskazań do udziału we wskazanych formach aktywizacji.
4. Zobowiązuję swojego podopiecznego do wypełniania ankiet związanych z realizacją i oceną projektu oraz monitorowaniem jego rezultatów w okresie uczestnictwa w projekcie. Jeśli wiek mojego podopiecznego nie pozwoli na samodzielne wypełnienie w/w dokumentów zobowiązuję się do wypełnienia ich w jego imieniu.
5. Oświadczam, że mój podopieczny nie korzysta z identycznych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podopiecznego dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.).

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego małoletniego)



Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

.....

Imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY
NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka przez Województwo Pomorskie reprezentowane przez Gminę Czarna Dąbrówka, Centrum Usług Społecznych w Czarnej Dąbrówce, partnerów projektu, Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej FEP 2021-2027, w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i promocji Projektu: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” nr FEPM.05.17-IZ.00-0072/24 realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021 - 2027, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2025 r. poz.24).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o celu wykorzystania mojego wizerunku.

.....

Data i czytelny podpis



Załącznik nr 5
do regulaminu uczestnictwa i rekrutacji
W projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O GOTOWOŚCI ZWROTU KOSZTÓW W PRZYPADKU REZYGNACJI Z NIEUZASADNIONYCH PRZYCZYN LUB ZBYT NISKIEJ FREKWENCJI

Jestem świadomy/a, że koszt mojego uczestnictwa w projekcie pokrywany jest w całości ze środków Unii Europejskiej oraz budżetu państwa. W związku z tym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach//kursach/szkoleniach/warsztatach.

Jestem świadomy/a, że obecność na zajęciach/warsztatach/szkoleniach jest obowiązkowa. **Nieusprawiedliwione opuszczenie przeze mnie więcej niż 20 % godzin przewidzianych na realizację wybranego przeze mnie cyklu szkoleniowego spowoduje skreślenie mnie z listy uczestników.**

Usprawiedliwione będą tylko nieobecności udokumentowane:

- spowodowane chorobą
- spowodowane ważnymi sytuacjami losowymi

Jestem świadomy/a, że wszystkie zaległości w programie zajęć, kursu, szkolenia itd. muszę indywidualnie uzupełnić.

W przypadku mojej rezygnacji z zajęć/kursu/szkolenia/warsztatu w trakcie jego trwania zobowiązuję się do zwrotu kosztów oraz wszystkich otrzymanych od realizatorów projektu materiałów dydaktycznych i przekazania ich osobie, która zajmie moje miejsce na zajęciach/kursie/szkoleniu/warsztacie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez realizatorów Projektu Europejskiego Funduszu Społecznego Plus do celów niezbędnych do jego realizacji – rekrutacji, organizacji, monitoringu, oceny (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych – Dz. U. z 2016 r. poz. 195, 677). Przysługuje mi prawo do wglądu do moich danych oraz ich poprawianie.

.....
data i czytelny podpis uczestnika/przedstawiciela ustawowego małoletniego



Załącznik nr 6
do regulaminu uczestnictwa i rekrutacji
W projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

**Klauzula informacyjna dla osoby,
której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu**

W związku z Państwa/Państwa dziecka/podopiecznego udziałem w realizacji Projektu pt.: „**Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka**” (nr umowy do dofinansowanie FEPM.05.17-IZ.00-0072/24-00) realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, na podstawie art. 13 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) (dalej: RODO), informuję iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest Gmina Czarna Dąbrówka, ul. Gdańska 5, 77-116 Czarna Dąbrówka, reprezentowana przez Wójta Gminy Czarna Dąbrówka, będąca Beneficjentem tego Projektu (dalej: Beneficjent).
2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email iod@czarnadabrowka.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że Państwa dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta obowiązków prawnych ciążyących na nim w związku z realizacją ww. Projektu. Wspomniane obowiązki prawne ciążyące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr FEPM.05.17-IZ.00-0072/24 oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:
 - 1) Rozporządzenie 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 Wizowe,
 - 2) 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,
 - 3) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności,



- 4) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079) -dalej: ustawa wdrożeniowa.
4. W zakresie wizerunku podstawą do przetwarzania danych osobowych jest zgoda, czyli art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Osobie wyrażającej zgodę na wykorzystanie wizerunku przysługuje prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie ze skutkiem na przyszłość. Szczegółowe zasady przetwarzania wizerunku określone zostaną przy formularzu zgody na jego wykorzystywanie.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie nr FEPM.05.17-IZ.00-0072/24 obowiązków w związku z realizacją projektu **pt.: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”**.
6. Państwa dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym wskazanym w art. 89 ustawy wdrożeniowej, w szczególności:
- 1) Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
 - 2) Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
 - 3) Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 – Zarządowi Województwa Pomorskiego, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk,
 - 4) Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
 - 5) w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy, Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu
7. Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 lub Beneficjenta. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
8. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r., tj. w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz, w stosownych przypadkach, do celów określania kwalifikowalności uczestników, a także oraz upływu okresu trwałości i zakończenia kontroli trwałości programu.
11. W każdym czasie przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do



ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.

12. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
13. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu, przy czym nie dotyczy to wizerunku.

Zapoznałem/am się

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

.....,

Zamieszkały/a

.....,

Oświadczam, że prowadzę:

- ☐ Jednoosobowe gospodarstwo domowe
- ☐ Wieloosobowe gospodarstwo domowe

Mój miesięczny dochód nie przekracza:

- ☐ 2.020,00 zł- Jednoosobowe gospodarstwo domowe
- ☐ 1.646,00 zł - Wieloosobowe gospodarstwo domowe

- ☐ Mój miesięczny dochód przekracza wyżej wymienione kwoty

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

.....

Data i czytelny podpis



Data wpływu formularza:

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

I. DANE KANDYDATA (uzupełnij oraz zaznacz właściwe)

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)		
PESEL		
PŁEĆ		☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
DATA URODZENIA		
WIEK (W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU)		
WYKSZTAŁCENIE		☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne: zawodowe/średnie* (zaznacz właściwe) ☐ pomaturalne/ policealne ☐ wyższe
Adres zamieszkania	WOJEWÓDZTWO	
	POWIAT	
	GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	ULICA	
	NR BUDYNKU/ LOKALU	
KOD POCZTOWY		
NR TELEFONU, E-MAIL		

II. DANE DODATKOWE (zaznacz właściwe)

Oświadczam, że:	
JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ⁴	☐ tak ☐ nie
POSIADAM ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU	☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku osób do 16 roku życia)
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ ⁵	☐ tak ☐ nie



Status uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu	☐ bierny/a zawodowo, w tym osoba:
	☐ ucząca się
	☐ nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
	☐ osoba pracująca w administracji rządowej
	☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
	☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
	☐ osoba pracująca w MMŚP
	☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
	☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
	☐ osoba pracująca na uczelni
	☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
	☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
	☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
	☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
	☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
	☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
	☐ inne.....
	☐ osoba obcego pochodzenia (dołączyć stosowny dokument)
	☐ osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)
	☐ osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
☐ osoba państwa trzeciego	



⁴ **Osoba z niepełnosprawnością** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm), tj. osoba:

a) chora psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),

b) upośledzona umysłowo,

c) wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

⁵ **Osoba niesamodzielna** - **osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

III. FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE (zaznacz wszystkie właściwe)

FORMA WSPARCIA	Oświadczam, że jestem zainteresowany udziałem w następujących formach wsparcia:
<u>WSPARCIE DLA SENIORÓW</u>	
Placówka wsparcia dziennego - Klub Seniora:	
- warsztaty kulinarne	☐ tak ☐ nie
- warsztaty rękodzielnicze	☐ tak ☐ nie
- zajęcia z fizjoterapeutą	☐ tak ☐ nie
- warsztaty muzyczne	☐ tak ☐ nie
- warsztaty wizażu	☐ tak ☐ nie
- spotkania edukacyjne o stresie i odporności	☐ tak ☐ nie
- działania animacyjne (spotkania edukacyjno- integracyjne, wyjazdy)	☐ tak ☐ nie
<u>WSPARCIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH RODZICÓW / OPIEKUNÓW</u>	
Zajęcia z psychologiem	☐ tak ☐ nie
Trening umiejętności społecznych	☐ tak ☐ nie
Hipoterapia	☐ tak ☐ nie
Krąg wsparcia	☐ tak ☐ nie
Działania integracyjne (imprezy, spotkania, wyjazdy)	☐ tak ☐ nie
<u>KLUB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</u>	
Grupa wsparcia	☐ tak ☐ nie
Aktywności rodzinne	☐ tak ☐ nie
Terapeutyczno – dyskusyjny Klub Filmowy, wykłady/pokazy, dni promocji zdrowia	☐ tak ☐ nie
Warsztaty kulinarne	☐ tak ☐ nie



Warsztaty rękodzielnicze	☐ tak ☐ nie
Warsztaty teatralne/muzyczne	☐ tak ☐ nie
<u>WSPARCIE DLA RODZIN W PRAWIDŁOWYM PEŁNIENIU ICH FUNKCJI</u>	
Psychoterapia związana z uzależnieniami	☐ tak ☐ nie
Psychoterapia indywidualna	☐ tak ☐ nie
Konsultacje prawne	☐ tak ☐ nie
Szkoła dla rodziców	☐ tak ☐ nie
Grupa wsparcia	☐ tak ☐ nie
Konsultacje i poradnictwo dla rodzin: psychiatryczne, superwizyjne (psychoterapeuta, psycholog), indywidualne (przemoc domowa), psychotraumatologiczne, konsultacje i poradnictwo rodzinne / diagnoza problemów w rodzinie	☐ tak ☐ nie
<u>WSPARCIE DLA OSÓB DOTKNIĘTYCH CHOROBAŁ NOWOTWOROWA</u>	
Zajęcia jogi	☐ tak ☐ nie
Spotkania z psychologiem	☐ tak ☐ nie
Warsztaty wizaż / kosmetyczne	☐ tak ☐ nie
Zajęcia rękodzielnicze	☐ tak ☐ nie
Grupa wsparcia	☐ tak ☐ nie
Warsztaty wyjazdowe	☐ tak ☐ nie
<u>USŁUGI ZDROWOTNE</u>	
Usługi rehabilitacyjne stacjonarne i domowe	☐ tak ☐ nie
Opieka pielęgniarstwa długoterminowa	☐ tak ☐ nie
Psycholog dla opiekunów faktycznych osób zależnych	☐ tak ☐ nie
<u>USŁUGI OPIEKUŃCZE I SPECJALISTYCZNE OPIEKUŃCZE W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ</u>	
Usługi opiekuńcze domowe dla osób starszych	☐ tak ☐ nie
Teleopieka	☐ tak ☐ nie
Terapia integracji sensorycznej	☐ tak ☐ nie
Korzystanie z wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjno – wspomagającego	☐ tak ☐ nie

IV. KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU (zaznacz wszystkie właściwe)

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria kwalifikowalności do projektu:
KRYTERIA DLA WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW (FORMALNE)



Mieszkam na obszarze Gminy Czarna Dąbrówka	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wyklucz. społ. zgodnie z ust. z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej z terenu Gminy Czarna Dąbrówka	☐ tak ☐ nie
Należę do przynajmniej 1 grupy odbiorców: – seniorzy (wiek 60+) – osoby zmagające się z chorobą nowotworową – osoby niepełnosprawne/niesamodzielne – rodzice/opiekunowie osób niepełnosprawnych – rodziny z problemami wychowawczymi	☐ tak ☐ nie
KRYTERIA PUNKTOWE	
Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie jest równy bądź mniejszy niż 200% kryterium dochodowego , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej ⁶	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą/rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczających wielokrotnie wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 z przesłanek, o których mowa w rozdz. 3 Wytycznych, w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS+ i EFRR na lata 2021- 2027	☐ tak ☐ nie
Korzystam/kwalifikuję się do wsparcia programu operacyjnego pomoc żywnościowa ⁷	☐ tak ☐ nie
Osoba bierna zawodowa	☐ tak ☐ nie
Należę do przynajmniej 2 grup odbiorców	☐ seniorzy (wiek 60+) ☐ osoby zmagające się z chorobą nowotworową ☐ osoby niepełnosprawne/niesamodzielne ☐ rodzic/opiekun osób niepełnosprawnych ☐ rodziny z problemami wychowawczymi
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ⁸ oraz z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą mieszkającą samotnie	☐ tak ☐ nie

⁶ **Kwalifikowanie się do wsparcia z pomocy społecznej** - dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego (2.020,00 zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych nie przekracza 1.646,00 zł na osobę w rodzinie).

⁷ **Kwalifikowanie się do wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** - dochód nie przekracza 2.676,50 zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 2.180,95 zł na osobę w rodzinie.



⁸ **Orzeczony stopień niepełnosprawności** – orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

V. INNE:

Czy potrzebuje Pan(i) jakiegokolwiek wsparcia lub dostosowania warunków, aby w pełni uczestniczyć w projekcie ? Np. wsparcie techniczne, organizacyjne, tłumaczenie, inne formy pomocy.

☐ tak, (jakie?)

☐ nie

VI. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;
- zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
- zobowiązuję się do przestrzegania i realizacji opracowanego względem mojej sytuacji indywidualnego planu wsparcia / indywidualnego planu opieki dla pacjenta i jego realizacji zgodnie z ustaleniami.
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pt. „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytet 5. Fundusze Europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17 Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021–2027 (FEP 2021-2027)
- zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o zmianie jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.

.....
(data i czytelny podpis)



Załącznik nr 2
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

Deklaracja uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr PESEL

Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie pt. **„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”**, realizowanym przez Centrum Usług Społecznych w Czarnej Dąbrówce w partnerstwie ze Stowarzyszeniem „Siła Dębu”, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „REHAPOZ” Sławomira Musiał oraz Polskim Towarzystwem Psychotraumatologii.

Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki uczestnictwa w projekcie:

1. Jestem osobą zamieszkującą na terenie gminy Czarna Dąbrówka.
2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wyklucz. społ. zgodnie z ust. z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z terenu Gminy Czarna Dąbrówka.
3. Jestem osobą należącą do przynajmniej 1 grupy odbiorców:
 - Seniorzy (wiek 60+)
 - Osoby zmagające się z chorobą nowotworową
 - Osoby niepełnosprawne / niesamodzielne
 - Rodzice / opiekunowie osób niepełnosprawnych
 - Rodziny zagrożone wykluczeniem społecznym i zagrożone umieszczeniem dzieci w pieczy zastępczej
4. Zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytet 5. Fundusze Europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17 Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021–2027 (FEP 2021-2027).
5. Nie korzystam i nie będę korzystać z tego samego typu wsparcia w innych projektach w okresie realizacji projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” współfinansowanego przez EFS+.
6. Zapoznałam/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa do projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”.
7. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczyć w działaniach realizowanych w ramach projektu.



8. W terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji zgodnie z zakresem danych określonych w wytycznych w zakresie monitorowania.

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wizerunku w ramach realizowanego projektu przez Gminę Czarna Dąbrówka, Centrum Usług Społecznych w Czarnej Dąbrówce oraz partnerów projektu „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Wyrażam zgodę na potwierdzenie mojego statusu na rynku pracy przez CUS.

.....
Data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego/przedstawiciela ustawowego małoletniego



**OŚWIADCZENIE/
ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W PROJEKCIE
„USŁUGI SPOŁECZNE I ZDROWOTNE W GMINIE CZARNA DĄBRÓWKA”**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego podopiecznego

(imię i nazwisko dziecka)

w projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Jednocześnie

1. Jestem świadomy/a, iż mój podopieczny uczestnicząc w projekcie jest zobowiązany do przestrzegania Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka.”
2. Oświadczam, iż zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”
3. Oświadczam, iż stan zdrowia podopiecznego nie wykazuje przeciwwskazań do udziału we wskazanych formach aktywizacji.
4. Zobowiązuję swojego podopiecznego do wypełniania ankiet związanych z realizacją i oceną projektu oraz monitorowaniem jego rezultatów w okresie uczestnictwa w projekcie. Jeśli wiek mojego podopiecznego nie pozwoli na samodzielne wypełnienie w/w dokumentów zobowiązuję się do wypełnienia ich w jego imieniu.
5. Oświadczam, że mój podopieczny nie korzysta z identycznych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podopiecznego dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.).

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego małoletniego)



Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

.....

Imię i nazwisko

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY
NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka przez Województwo Pomorskie reprezentowane przez Gminę Czarna Dąbrówka, Centrum Usług Społecznych w Czarnej Dąbrówce, partnerów projektu, Zarząd Województwa Pomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej FEP 2021-2027, w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i promocji Projektu: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” nr FEPM.05.17-IZ.00-0072/24 realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021 - 2027, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2025 r. poz.24).

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o celu wykorzystania mojego wizerunku.

.....

Data i czytelny podpis



Załącznik nr 5
do regulaminu uczestnictwa i rekrutacji
W projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O GOTOWOŚCI ZWROTU KOSZTÓW W PRZYPADKU REZYGNACJI Z NIEUZASADNIONYCH PRZYCZYN LUB ZBYT NISKIEJ FREKWENCJI

Jestem świadomy/a, że koszt mojego uczestnictwa w projekcie pokrywany jest w całości ze środków Unii Europejskiej oraz budżetu państwa. W związku z tym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach//kursach/szkoleniach/warsztatach.

Jestem świadomy/a, że obecność na zajęciach/warsztatach/szkoleniach jest obowiązkowa. **Nieusprawiedliwione opuszczenie przeze mnie więcej niż 20 % godzin przewidzianych na realizację wybranego przeze mnie cyklu szkoleniowego spowoduje skreślenie mnie z listy uczestników.**

Usprawiedliwione będą tylko nieobecności udokumentowane:

- spowodowane chorobą
- spowodowane ważnymi sytuacjami losowymi

Jestem świadomy/a, że wszystkie zaległości w programie zajęć, kursu, szkolenia itd. muszę indywidualnie uzupełnić.

W przypadku mojej rezygnacji z zajęć/kursu/szkolenia/warsztatu w trakcie jego trwania zobowiązuję się do zwrotu kosztów oraz wszystkich otrzymanych od realizatorów projektu materiałów dydaktycznych i przekazania ich osobie, która zajmie moje miejsce na zajęciach/kursie/szkoleniu/warsztacie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez realizatorów Projektu Europejskiego Funduszu Społecznego Plus do celów niezbędnych do jego realizacji – rekrutacji, organizacji, monitoringu, oceny (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych – Dz. U. z 2016 r. poz. 195, 677). Przysługuje mi prawo do wglądu do moich danych oraz ich poprawianie.

.....
data i czytelny podpis uczestnika/przedstawiciela ustawowego małoletniego



Załącznik nr 6
do regulaminu uczestnictwa i rekrutacji
W projekcie „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”

**Klauzula informacyjna dla osoby,
której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu**

W związku z Państwa/Państwa dziecka/podopiecznego udziałem w realizacji Projektu pt.: **„Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka” (nr umowy do dofinansowanie FEPM.05.17-IZ.00-0072/24-00)** realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, na podstawie art. 13 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) (dalej: RODO), informuję iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest Gmina Czarna Dąbrówka, ul. Gdańska 5, 77-116 Czarna Dąbrówka, reprezentowana przez Wójta Gminy Czarna Dąbrówka, będąca Beneficjentem tego Projektu (dalej: Beneficjent).
2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email iod@czarnadabrowka.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że Państwa dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta obowiązków prawnych ciążyących na nim w związku z realizacją ww. Projektu. Wspomniane obowiązki prawne ciążyące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr FEPM.05.17-IZ.00-0072/24 oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:
 - 1) Rozporządzenie 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,
 - 2) 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,
 - 3) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności,



- 4) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079) -dalej: ustawa wdrożeniowa.
4. W zakresie wizerunku podstawą do przetwarzania danych osobowych jest zgoda, czyli art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Osobie wyrażającej zgodę na wykorzystanie wizerunku przysługuje prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie ze skutkiem na przyszłość. Szczegółowe zasady przetwarzania wizerunku określone zostaną przy formularzu zgody na jego wykorzystywanie.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie nr FEPM.05.17-IZ.00-0072/24 obowiązków w związku z realizacją projektu **pt.: „Usługi społeczne i zdrowotne w Gminie Czarna Dąbrówka”**.
6. Państwa dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym wskazanym w art. 89 ustawy wdrożeniowej, w szczególności:
- 1) Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
 - 2) Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
 - 3) Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 – Zarządowi Województwa Pomorskiego, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk,
 - 4) Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
 - 5) w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy, Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu
7. Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 lub Beneficjenta. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
8. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r., tj. w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz, w stosownych przypadkach, do celów określania kwalifikowalności uczestników, a także oraz upływu okresu trwałości i zakończenia kontroli trwałości programu.
11. W każdym czasie przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do



ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.

12. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
13. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu, przy czym nie dotyczy to wizerunku.

Zapoznałem/am się

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

.....,

Zamieszkały/a

.....,

Oświadczam, że prowadzę:

- ☐ Jednoosobowe gospodarstwo domowe
- ☐ Wieloosobowe gospodarstwo domowe

Mój miesięczny dochód nie przekracza:

- ☐ 2.020,00 zł- Jednoosobowe gospodarstwo domowe
- ☐ 1.646,00 zł - Wieloosobowe gospodarstwo domowe

- ☐ Mój miesięczny dochód przekracza wyżej wymienione kwoty

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

.....

Data i czytelny podpis