



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

Załącznik nr 3 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE DLA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO/NIEFORMALNEGO

I. DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO/NIEFORMALNEGO:

Proszę wypełnić formularz czytelnie, drukowanymi literami

DANE PODSTAWOWE											
Imię i nazwisko:											
PESEL:											
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna										
Wiek:											
Obywatelstwo:	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec										
Wykształcenie:	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5–8)										
DANE TELEADRESOWE											
Adres zamieszkania:	Województwo:	Opolskie									
	Powiat:										
	Gmina:										
	Miejscowość:										
	Kod pocztowy:										
	Ulica:										
	Nr. budynku:		Nr. lokalu:								
telefon kontaktowy:											
adres e-mail:											



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

Status uczestnika/ uczestniczki w chwili przyjęcia do projektu	Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia : ¹ ☐ Tak ☐ Nie
	Oświadczam, że jestem osobą pochodzącą z kraju trzeciego : ² ☐ Tak ☐ Nie
	Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej): ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam odpowiedzi
	Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań : ☐ Tak ☐ Nie
	Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami : ³ ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam odpowiedzi
	Oświadczam, że jestem osobą : ☐ pracującą , w <i>proszę podać nazwę zakładu pracy</i> ☐ bierną zawodowo, w tym: *osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu ☐ *osobą uczącą się/odbywającą kształcenie ☐ *inne ☐ ☐ bezrobotną, w tym: *osobą długotrwale bezrobotną ☐ *inne ☐ <i>Proszę zaznaczyć jedną z głównych odpowiedzi i ją dookreślić</i>
	Oświadczam, iż jestem opiekunem faktycznym/nieformalnym osoby, która w ramach tego samego projektu aplikuje/jest objęta długoterminową medyczną opieką domową: ☐ Tak ☐ Nie
..... <i>Proszę podać imię i nazwisko osoby, dla której jest pan/pani opiekunem.</i>	

¹ to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

² Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowcy (zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r.) i osoby bez ustalonego obywatelstwa.

³ Za osoby z niepełnosprawnościami uznawać się będzie osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi.



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 **OPOLSKIE**

Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane powyżej dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

.....
Miejsce, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

JA NIŻEJ PODPISANY/PODPISANA:

Imię i nazwisko:

PESEL:

DEKLARUJĘ CHĘĆ UCZESTNICZENIA W PROJEKCIE pn.: „Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego”, realizowanym przez Caritas Diecezji Opolskiej, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego na lata 2021-2027.

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie, akceptuję jego treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
2. **Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do** korzystania w ramach projektu z wsparcia psychologicznego tj. jestem opiekunem faktycznym/nieformalnym osoby, która aplikuje/jest objęta w ramach projektu długoterminową medyczną opieką domową.
3. **Nie korzystam z wsparcia psychologicznego** w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego + i innych środków publicznych.

Oświadczam, że zostałem pouczony/a i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Powyższe pouczenie zrozumiałem/am i przyjąłem/am do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Miejsce, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

III. KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 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 (RODO) informuję, że obowiązują poniższe informacje i zasady związane

z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w odniesieniu do programu regionalnego FEO 2021-2027 jest Zarząd Województwa Opolskiego z siedzibą przy ul. Ostrówek 5, 45-088 Opole, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego;

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych poprzez: iod@opolskie.pl lub adres poczty: caritas_centrala@op.onet.pl pod którym dostępny jest Inspektor Ochrony Danych Caritas Diecezji Opolskiej – pan Arkadiusz Krawczuk;

3. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g 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 (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) oraz

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego 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,

- 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 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.)

- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu

pn.: **Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 (FEO 2021-2027).

5. Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt - (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione instytucjom oraz podmiotom na podstawie przepisów prawa, w szczególności:

1) podmiotom wskazanym w art. 87 ust. 1 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 tj.:



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

- ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego wykonującego zadania państwa członkowskiego,
- ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych,
- instytucji zarządzającej,
- kontrolerowi krajowemu,
- instytucji pośredniczącej,
- beneficjentowi i wnioskodawcy;

2) firmom badawczym realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu, który zawarł porozumienie z Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji,

3) specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach FEO 2021-2027;

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEO 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;

7. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

8. Przysługują Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych

9. Przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- żądania od administratora dostępu do danych osobowych w zakresie danych dotyczących składającego niniejsze oświadczenie w tym ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- przeniesienia danych osobowych.

10. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
Miejsce, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i z niepełnosprawnościami
z subregionu Kędzierzyńsko – Strzeleckiego

IV. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
- 2) zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania moich danych osobowych.

.....
Miejsce, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu