



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

I. DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU:

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 osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

Weryfikacja spełnienia podstawowych kryteriów dostępu	Potwierdzam, że mieszkam na terenie Subregionu Aglomeracja Opolska¹: ☐ Tak ☐ Nie
	Potwierdzam, że jestem osobą w wieku 60+: ☐ Tak ☐ Nie lub Potwierdzam, że jestem osobą niepełnosprawną²: ☐ Tak ☐ Nie <i>Do przedmiotowej Deklaracji należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający fakt bycia osobą niepełnosprawną.</i>
	Potwierdzam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu³: ☐ Tak ☐ Nie <i>Do przedmiotowej Deklaracji należy dołączyć Kwestionariusz oceny pacjenta wg. Skali Barthel potwierdzający uzyskanie 0 – 80 punktów</i>
Weryfikacja spełnienia preferencji projektowych	Potwierdzam, iż zamieszkuję na obszarze wiejskim (tj. w gminie: Chrzastowice, Dąbrowa, Dobrzeń Wielki, Komprachcice, Łubniany, Murów, Popielów, Tarnów Opolski, Turawa, Izbicko lub Walce) ☐ Tak ☐ Nie
	Potwierdzam, iż zamieszkuję na obszarze strategicznej interwencji (tj. w mieście Krapkowice lub na terenie Gminy Murów): ☐ Tak ☐ Nie <i>Celem otrzymania dodatkowych punktów do przedmiotowej Deklaracji należy dołączyć dokument potwierdzający fakt zamieszkania na terenie danej gminy lub miasta będącego obszarem wiejskim i/lub obszarem strategicznej interwencji.</i>
	Potwierdzam, iż zamieszkuję na obszarze „Białych plam” (tj. na terenie powiatu Brzeskiego lub Miasta Opole): ☐ Tak ☐ Nie

¹ Osoby zamieszkujące Subregion Aglomeracja Opolska – to osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego i/lub pracujące i/lub uczące się na terenie tego subregionu.

² 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.

³ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, która, ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia i w ocenie j wg. skali Barthel otrzymała 0 – 80 punktów



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

Status uczestnika/ uczestniczki w chwili przyjęcia do projektu	Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia : ⁴ ☐ Tak ☐ Nie
	Oświadczam, że jestem osobą pochodzącą z kraju trzeciego : ⁵ ☐ 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 : ☐ 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 ☐ *i inne ☐ ☐ bezrobotną, w tym: *osobą długotrwale bezrobotną ☐ *inne ☐ <i>Proszę zaznaczyć jedną z głównych odpowiedzi i ją dookreślić</i>

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 pacjenta/pacjentki
lub opiekuna prawnego

⁴ to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

⁵ Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowcy (zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r.) i osoby bez ustalonego obywatelstwa.



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

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 osób z niepełnosprawnościami z Subregionu Aglomeracja Opolska”, 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 udziału w tym Projekcie i korzystania z realizowanych w ramach tego projektu form wsparcia.
3. Nie korzystam z takich samych (jak te do udziału w których aplikuję) form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego + i innych środków publicznych.

I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

1. Informowania z odpowiednim wyprzedzeniem o braku możliwości skorzystania z zaplanowanego dla mnie wsparcia. Brak takiej informacji w przypadku powtarzających się sytuacji będzie skutkować wykluczeniem z projektu.

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 pacjenta/pacjentki
lub opiekuna prawnego



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

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 Aglomeracja Opolska, 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:



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

- 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.:
- 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 pacjenta/pacjentki
lub opiekuna prawnego*



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

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 pacjenta/pacjentki
lub opiekuna prawnego*



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

V. DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA osoby, która w ramach projektu będzie otrzymywała długoterminową medyczną opiekę domową

Imię i nazwisko:

Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. córka, sąsiad):

.....

Numer telefonu kontaktowego:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu kontaktów dotyczących udziału w projekcie osoby, którą się opiekuję.

Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich danych osobowych jest Caritas Diecezji Opolskiej

.....

Miejsce, data

.....

*Czytelny podpis pacjenta/pacjentki
i opiekuna*



Projekt pn.: Długoterminowa medyczna opieka domowa dla osób 60+ i osób z niepełnosprawnościami
z Subregionu Aglomeracja Opolska

VI. ZAŁĄCZNIKI DO DEKLARACJI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Dodatkowo, do Deklaracji uczestnictw w projekcie należy załączyć:

1. **Kwestionariusz oceny pacjenta wg. skali Barthel - załącznik obowiązkowy;**
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny - jeżeli dotyczy;
3. Upoważnienie/pełnomocnictwo opiekuna prawnego - jeżeli dotyczy;
4. Dokument potwierdzający fakt zamieszkania na terenie danej gminy lub miasta będącego obszarem wiejskim i/lub obszarem strategicznej interwencji – jeżeli dotyczy **należy złożyć jeden z poniżej wymienionych dokumentów:**
 - kopię korespondencji przychodzącej pod podany adres np. kopia przekazu pocztowego potwierdzającego odbiór renty/emerytury, zawierającego imię nazwisko i adres osoby otrzymującej wypłatę świadczenia oraz wskazującego instytucję wypłacającą ZUS/KRUS (z zakrytą kwotą świadczenia) lub inną korespondencję z urzędów, banków – zawierającą wskazany powyżej zakres danych potwierdzających miejsce zamieszkania pacjenta/pacjentki.
 - potwierdzenie posiadania rachunku bankowego zawierającego adres na terenie województwa opolskiego;
 - zawartą umowę na media lub fakturę imienną/rachunek imienny za media (np. prąd, gaz, woda, telefon, internet, telewizja kablowa itp.) zawierający adres zamieszkania na terenie woj. opolskiego,
 - oświadczenie właściciela lub najemcy lokalu, który potwierdzi stały pobyt oraz dokument potwierdzający, że osoba podpisująca to oświadczenie jest jego właścicielem lub najemcą,
 - informację o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy pobraną elektronicznie poprzez profil zaufany na stronie: www.gov.pl,
 - zaświadczenie o zameldowaniu wystawione przez urząd gminy/miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania,
 - umowę o pracę lub zaświadczenie o zatrudnieniu lub zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy.