



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Projekt „Wysoka jakość wsparcia - jesteśmy dla Ciebie!”

Załącznik 1

Formularz rekrutacyjny do projektu „Wysoka jakość wsparcia - jesteśmy dla Ciebie!”

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

Wnioskuję o przyjęcie do projektu partnerskim „Wysoka jakość wsparcia -jesteśmy dla Ciebie!” do:

- ☐ Dziennego Domu Pomocy w Prądocinie, ul. Leśna 1 *
- ☐ Specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania *
- ☐ Usług opiekuńczych sąsiedzkich *
- ☐ Wsparcia dla opiekuna faktycznego *.

Deklaruję gotowość udziału w projekcie partnerskim „Wysoka jakość wsparcia -jesteśmy dla Ciebie!” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.

Oświadczam, że nie uczestniczę w innym projekcie dofinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Oświadczam, że znam regulamin rekrutacji i spełniam kryteria udziału w projekcie partnerskim.

Oświadczam, że dane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu.
Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywych oświadczeń.

Podejrzenie o niezgodności projektu lub działań z Kartą praw podstawowych oraz Konwencji o osobach niepełnosprawnych na każdym etapie projektu mogę zgłaszać do Instytucji zarządzającej.

Zgadzam się na publikację mojego wizerunku w informacjach o projekcie.

Wyrażam zgodę na monitoring.

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

*Niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość, data, czytelnie imię i nazwisko



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

I. Dane podstawowe

PESEL nr:

Brak PESEL (podkreślić jeśli dotyczy)

Wykształcenie (zaznacz właściwe):

- ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
- ☐ ponadgimnazjalne lub policealne (ISCED 3-4)
- ☐ wyższe (od ISCED 5)

Obywatelstwo (zaznacz właściwe):

- ☐ Polskie
- ☐ inne

Płeć (zaznacz właściwe):

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

I. Dane teleadresowe

Województwo, gmina: _____

Miejscowość, ulica: _____

Telefon kontaktowy, adres e-mail: _____

zaznacz właściwe X:

II.

III. Status w chwili przystąpienia do projektu

- ☐ Jestem osobą obcego pochodzenia
- ☐ Jestem osobą państwa trzeciego
- ☐ Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowane
 - ☐ odmowa podania informacji
- ☐ Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- ☐ Jestem osobą z niepełnosprawnością
 - ☐ odmowa podania informacji

IV. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

- ☐ Osoba bezrobotna
 - ☐ długotrwale bezrobotna inne:
- ☐ Osoba bierna zawodowo



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

- ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- ☐ osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie
- ☐ osoba pracująca

Wykonywany zawód: _____

Nazwa i adres zakładu pracy: _____

- ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek

- ☐ osoba pracująca (właściwe podkreślić):

w administracji rządowej: tak / nie

w administracji samorządowej: tak / nie

w organizacji pozarządowej: tak / nie

w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) : tak / nie

w dużym przedsiębiorstwie: tak / nie

w podmiocie wykonującym działalność leczniczą: tak / nie

w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) : tak / nie

w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) : tak / nie

w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) : tak / nie

na uczelni: tak / nie

w instytucie badawczym: tak / nie

w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukaszewicz: tak / nie

w międzynarodowym instytucie naukowym: tak / nie

dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki: tak / nie

na rzecz państwowej osoby prawnej: tak / nie

- ☐ inne



V. Dodatkowe potrzeby

(zaznacz x we właściwym miejscu)

- ☐ Przygotowywanie materiałów drukowanych większą czcionką
- ☐ Materiały w alfabecie Brajla :
- ☐ Tłumacz języka migowego (PJM)
- ☐ Pętla indukcyjna
- ☐ Specjalne potrzeby żywieniowe
- ☐ Zapewnienie warunków dla psa asystującego,

VI. Informacje dodatkowe

Kryteria premiujące (zaznacz x we właściwym miejscu):

- ☐ Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności -10 pkt (orzeczenie)
- ☐ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną -10 pkt (orzeczenie)
- ☐ Osoba z chorobami psychicznymi - 10pkt (oświadczenie)
- ☐ Osoba z niepełnosprawnością intelektualną - 10pkt (orzeczenie)
- ☐ Osoba całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zg.z MSKCiPZ ICD10) - 10pkt (oświadczenie)
- ☐ Osoba korzystająca z programu FE PŻ - 10 pkt(zaświ. z OPS)
- ☐ Osoba zamieszkująca samotnie – 10 pkt (oświadczenie)
- ☐ Osoba z otoczenia osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

Informacje nt. Opiekuna faktycznego (zaznacz x we właściwym miejscu):

- ☐ Opiekun prawny
- ☐ Rodzina
- ☐ Wolontariusz
- ☐ Przyjaciół
- ☐ Sąsiad

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.

Miejscowość, data, czytelnie imię i nazwisko



Obowiązek informacyjny (RODO)

W myśl art. 13 RODO, art. 88 Ustawy wdrożeniowej, w związku z projektem pn. projektu partnerskim „Wysoka jakość wsparcia -jesteśmy dla Ciebie!” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest Fundacja Pro Omnis ul. Jarużyńska 9, 85-790 Bydgoszcz, reprezentowana przez Prezesa Agnieszkę Lange - Olszewską.
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją projektu “Wysoka jakość wsparcia - jesteśmy dla Ciebie!”, w szczególności w celu rekrutacji, realizacji wsparcia, monitorowania, monitoringu wizyjnego, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz w celu określenia kwalifikowalności osób uczestniczących w projekcie i działań informacyjno-promocyjnych.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z następującymi przepisami prawa:
 - art. 6 ust. 1 lit. c-f, art. 9 ust. 2 lit. g oraz art. 10 Rozporządzenie 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, Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., dalej: RODO),
 - 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 (Dz.U.UE.L.2021.231.159),
 - 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, ze zmianami),
 - 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 (Dz.U. 2022 poz. 1079),
 - Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2023, poz. 901 ze zm.),
 - Ustawa z 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2024, poz. 572 ze zm.),
 - Ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2023, poz. 1270 ze zm.),
4. Dostęp do moich danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora.
5. Zgodnie z prawem, moje dane osobowe mogą być powierzone lub udostępniane:
 - podmiotom, którym zlecono wykonywanie zadań w projekcie,
 - podmiotom prowadzącym badania ewaluacyjne oraz pozostałym administratorom uczestniczącym we wdrażaniu Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza, w tym w szczególności Instytucji Zarządzającej oraz Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa (ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego),
 - serwisowi społecznościowemu Facebook,
 - podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.
6. Moje dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych celów.
7. Przysługują mi następujące prawa:
 - prawo dostępu do danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO),
 - prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO),
 - prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO,



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

- prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO),
 - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (art. 13 RODO),
 - prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) – jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO) oraz w sposób zautomatyzowany,
 - prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.
8. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
10. Podanie danych jest wymogiem umownym, dobrowolnym, ale koniecznym do realizacji wymienionych celów. Odmowa ich podania uniemożliwia podjęcie dalszych działań.
11. Pytania dotyczące przetwarzania danych osobowych można kierować:
- w wersji papierowej na adres: Fundacja Pro Omnis, ul. Jaruzińska 9, 85-790 Bydgoszcz
 - w wersji elektronicznej na e-mail Inspektora Ochrony Danych: biuro@proomnis.org.pl

Miejscowość, data, czytelnie imię i nazwisko

Załączniki (zaznaczyć właściwe):

- Kserokopia dokumentu potwierdzającego miejsce zamieszkania, np. dokument zobowiązaniowy np. decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, rachunek lub faktura za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu, karta pobytu oświadczenie lub zgoda na uzyskanie danych przez oświadczenia lub Zgoda na uzyskanie danych z wydziału spraw Obywatelskich Urzędu miejskiego w Bydgoszczy lub Nowej Wsi Wielkiej potwierdzający zameldowanie i zamieszkiwanie pod wskazanym adresem.
- Kserokopia dokumentu potwierdzającego status ucznia lub zatrudnienie – jeśli dotyczy.
- Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenia o stanie zdrowia lub załącznik 1A (opinia lekarska)
- Kserokopie dokumentu potwierdzającego miesięczne dochody (na decyzja ZUS, KRUS)

Biuro projektu:

- **SYTO EVENT Sp. z o.o.:** ul. Leśna 1 w Prądocinie
- Gmina Nowa Wieś Wielka w imieniu której działa **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowej Wsi Wielkiej**, ul. Ogrodowa 2A, 86-060 Nowa Wieś Wielka
- **Fundacja Pro Omnis z Bydgoszczy:** ul. Jaruzińska 9 oraz ul. Toruńska 59 w Bydgoszczy



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1A

Miejscowość, data:

OPINIA LEKARSKA (wzór)

Imię nazwisko osoby opiniowanej:

PESEL:

to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia, w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, wymaga opieki lub wsparcia, na przykład w ośrodku wsparcia typu Dzienny Dom Pomocy, w celu zapewnienia dziennych usług opiekuńczych oraz aktywizacji w sferze fizycznej, intelektualnej i społecznej.

Podpis i pieczęć lekarza



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1B

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja (imię/imiona, nazwisko)

Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Przyczyną mojej niesamodzielnności jest/są: *(zaznacz właściwe X)*

- Wiek
- Stan zdrowia
- Niepełnosprawność

Co więcej, nie jestem w stanie pozyskać orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego mój stan zdrowia z przyczyny: *(opisz przyczynę)*

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe. Zostaje pouczone/-y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.2024.17 t.j.).

Czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1C

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE **osoby zamieszkującej samotnie**

Ja (imię/imiona, nazwisko):

oświadczam, że jestem osobą samotnie zamieszkującą.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe. Zostaje pouczone/-y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.2024.17 t.j.).

Czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1D

Miejscowość, data:

Imię i nazwisko, adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

o sprawowaniu opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i/lub osobą z niepełnosprawnością

Ja (imię/imiona, nazwisko)

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą (*imię i nazwisko*)

..... potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Przyczyną jej niesamodzielnosci jest/są:

(zaznacz właściwe X)

- ☐ Wiek
- ☐ Stan zdrowia
- ☐ Niepełnosprawność

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe. Zostaje pouczone/-y o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.2024.17 t.j.).

Czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik 1E

OŚWIADCZENIE

**o osiągniętych lub nie dochodach w odniesieniu do kryterium dochodowego
wskazanego w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej**

Ja (imię/imiona, nazwisko)

..... oświadczam, że:

uzyskuję dochody (zaznacz właściwe X)

:

☐ TAK

☐ NIE

uzyskuję dochody, które przekraczają kryterium dochodowe zawarte w ustawie o pomocy społecznej
(zaznacz właściwe X):

☐ TAK*

☐ NIE

Kryterium dochodowe wskazane w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w 2025r.
dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 1010,00 zł. Natomiast na osobę w rodzinie jest to kwota
823,00zł.

*W przypadku zaznaczenia TAK prosimy o dostarczenie kopii uzyskiwanych dochodów.

Data, czytelnie imię i nazwisko