

|                 |                         |              |                 |                          |                         |
|-----------------|-------------------------|--------------|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| Tytuł projektu  | <b>Srebrna Sieć II</b>  |              | Nr projektu     | RPPM.06.02.02-22-0059/20 |                         |
| Działanie 06.02 | <b>Usługi społeczne</b> | Poddziałanie | <b>06.02.02</b> | Okres realizacji         | <b>1.12.20–30.06.23</b> |

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    |  |
| <i>Data wpływu</i> | <i>Podpis osoby przyjmującej formularz</i> |

Miejscowość, data .....

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu „Srebrna Sieć II” dla grupy docelowej osób w wieku powyżej 60 lat

Formularz zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru.

**Złożenie Formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

| I. Dane Projektu |                                 |   |
|------------------|---------------------------------|---|
| 1                | <b>Nazwa Partnera Wiodącego</b> | <b>Powiat Słupski</b> , w imieniu którego projekt realizuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku |
| 2                | <b>Nazwa Partnera</b>           | Gmina .....   |

| II. Dane kandydata/kandydatki do udziału w Projekcie |  |   |  |   |  |   |               |  |  |
|--|--|---|--|---|--|---|---------------|--|--|
| <b>Dane osobowe</b>                                  | <b>Imię (imiona)</b>   |   |  |   |  |   |               |  |  |
|  | <b>Nazwisko</b>  |   |  |   |  |   |               |  |  |
|  | <b>PESEL</b>   |   |  |   |  |   |               |  |  |
|  | <b>Płeć</b>  | <input type="checkbox"/> <b>kobieta</b> |  |   |  | <input type="checkbox"/> <b>mężczyzna</b> |               |  |  |
| <b>Adres zamieszkania</b>                            | <b>Miejscowość</b>   |   |  |   |  | <b>Ulica</b>                              |               |  |  |
|  | <b>Nr domu</b>   |   |  |   |  | <b>Nr lokalu</b>                          |               |  |  |
|  | <b>Kod pocztowy</b>  |   |  | - |  |   | <b>Poczta</b> |  |  |
| <b>Dane kontaktowe</b>                               | <b>Telefon</b>   |   |  |   |  |   |               |  |  |
|  | <b>Adres e-mail</b>  |   |  |   |  |   |               |  |  |
|  | <b>Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</b> |   |  |   |  |   |               |  |  |



### III. Sytuacja rodzinna oraz stopień funkcjonowania kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

|   |  |                              |                              |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| <i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i> | nie korzystam z usług opiekuńczych                             | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | jestem osobą niesamodzielną                                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | jestem osobą mieszkającą samotnie                              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

### IV. Sytuacja zdrowotna kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
| <i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i> | jestem osobą z niepełnosprawnością   | <input type="checkbox"/> TAK   | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu   | <input type="checkbox"/> lekkim lub równoważne<br><input type="checkbox"/> umiarkowanym lub równoważne<br><input type="checkbox"/> znacznym lub równoważne |                              |
|   | jestem osobą z potrzebami z zakresu rehabilitacji wynikającymi z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> TAK   | <input type="checkbox"/> NIE |

### V. Sytuacja dochodowa kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

|   |  |                              |                              |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| <i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i> | mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>jest równy bądź mniejszy niż 150% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>mieści się w zakresie od 150% do 250% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej                  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |



## VI. Formy wsparcia w projekcie

**Oświadczam, że jestem zainteresowany/a korzystaniem z następujących form wsparcia:**

|   |                                   |                              |                              |
|---|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i> | usługi sąsiedzkie                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | specjalistyczne usługi opiekuńcze | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | usługi asystenckie                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
|   | usługi Klubu Seniora              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

## VII. Informacja o specjalnych potrzebach wynikających z niepełnosprawności

**Czy kandydat/-ka posiada specjalne potrzeby wynikające z jego niepełnosprawności?**  
*(np. realizacji spotkań/zajęć w miejscu dostosowanym do osób z problemami w poruszaniu się/poruszających się na wózku inwalidzkim, długości proponowanego wsparcia, w przypadku korzystania z poczęstunku uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności, potrzeby pomocy przy przemieszczaniu się, zapewnienie dowozu/przejazdu na zajęcia, itp.)*

tak       nie

**Jeżeli tak, proszę wskazać.**

## VIII. Oświadczenia

**Oświadczam, że:**

1. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję jego warunki. Deklaruję swój udział w projekcie „Srebrna Sieć II”.
3. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania regulaminu uczestnictwa i rekrutacji.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uczestników określone w regulaminie uczestnictwa i rekrutacji.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Srebrna Sieć II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020.
6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że podane informacje podlegają weryfikacji przez upoważnione instytucje.

.....  
data i czytelny podpis

### ZALĄCZNIK:

Podpisany regulamin uczestnictwa i rekrutacji.



### Informacja dla kandydata do udziału w projekcie

Zgodnie z 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) informuję, że:

- 1) administratorem danych osobowych kandydata/teki na uczestnika projektu jest .....  
.....(*właściwy ośrodek pomocy społecznej*),
- 2) inspektorem ochrony danych jest ....., z którym można kontaktować się e-mailowo: ....., (*dane IOD właściwego ośrodka pomocy społecznej*),
- 3) dane osobowe osób zakwalifikowanych do udziału w Projekcie w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu rekrutacji zostaną przekazane do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku, 76- 200 Słupsk, ul. Sienkiewicza 20,
- 4) dane osobowe kandydata/teki przetwarzane będą dla potrzeb aktualnej rekrutacji projektowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 5) podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do wzięcia udziału w Projekcie,
- 6) dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z wytycznych dotyczących realizacji projektu oraz z obowiązku przechowywania i archiwizowania dokumentacji,
- 7) osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
- 8) osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 9) dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/AM SIĘ Z POWYŻSZĄ INFORMACJĄ.**

.....  
data i czytelny podpis