

SOS DLA SENIORA – DŁUŻEJ W DOMU, BEZPIECZNIEJ, AKTYWNIJ, PEWNIJ

DOKUMENT 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	SOS dla seniora – dłużej w domu, bezpieczniej, aktywniej, pewniej				
Priorytet/Działanie/Poddziałanie	IX. Włączenie społeczne/ 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne/ 9.2.5 Rozwój usług społecznych - konkurs				
Data wpływu		Godzina wpływu		Podpis osoby przyjmującej formularz	

Realizator zobowiązuje się do zapewnienia **poufności danych osobowych** przetwarzanych w związku z realizacją projektu zgodnie z umową z Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego (Instytucja Zarządzająca) w szczególności do tego, że nie będzie przekazywać, ujawniać i udostępniać tych danych osobom nieuprawnionym.

Z uwagi na trudność w zdefiniowaniu statusu uczestnika zachęcamy do wypełniania formularzy z pracownikiem projektu.

DANE UCZESTNIKA (na dzień przystąpienia do projektu)	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	Telefon kontaktowy (własny)	
	4	Adres e-mail (opcjonalnie)	
	5	PESEL	
	6	Data urodzenia	
	7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	11	Wykształcenie	

Jak dowiedziałeś/aś się o projekcie?

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	12	Województwo	
	14	Miejscowość	
	15	Ulica / nr budynku / nr lokalu	
	16	Kod pocztowy	

Musi Pan/Pani spełniać poniższe kryterium (zaznacz x, jeśli spełniasz):

- Miejsce zamieszkania na terenie Jastrzębia-Zdroju
- Wiek powyżej 60 lat
- Osoba nieaktywna zawodowo

Weryfikacja kwalifikowalności do projektu zgodnie z Regulaminem (zaznacz x, jeśli spełniasz):

- Niesamodzielność w min. jednym zakresie (dot. czynności dnia codziennego, np. zakupy, sprzątanie, gotowanie, wychodzenie z domu, odległe spacer, aktywność społeczna, itp.)
- Niepełnosprawność (wymagane orzeczenie)

BIURO PROJEKTU: UL. ARMII KRAJOWEJ 25, TEL. 32 470 60 77

SOS DLA SENIORA – DŁUŻEJ W DOMU, BEZPIECZNIEJ, AKTYWNIJ, PEWNIJ

- Zagrożający życiu stan zdrowia, w którym możliwe są nagłe stany zagrożenia życia, z którymi samodzielnie nie jest Pan/Pani w stanie sobie poradzić - np. zasnęnięcia, upadki, ataki, wstrząsy, itp. (potrzeba szybkiego kontaktu z służbami medycznymi)
- Posiadanie Sieci pomocowej (minimum 1 osoba kontaktowa)

Od kiedy jestem samotna/samotny? (w miesiącach lub w latach)

Od kiedy jestem niesamodzielna/niesamodzielny? (w miesiącach lub w latach)

Dodatkowe kryteria rozpatrywane na etapie rekrutacji:

- Osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej (lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej) (potwierdzone zaświadczeniem z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej)
- Osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym
- Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną
- Posiadane zaświadczenie/inny dokument dot. chorób lub zaburzeń psychicznych (także depresji)
- Osoba zagrożona ubóstwem - dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego**
- Osoba korzystająca z pomocy PO PŻ
- Osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością (w rodzinie, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością) (potwierdzone odpowiednim zaświadczeniem)
- Inne przyczyny zagrożenia wykluczeniem społecznym lub ubóstwem (lub wykluczenie) zgodnie z regulaminem konkursu. Wskaż jakie:

Oświadczenia:

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem projektu „SOS dla seniora – dłużej w domu, bezpieczniej, aktywniej, pewniej” i akceptuję jego zapisy.
- Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Zgodnie z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z póź. zm) osoba, która składa fałszywe oświadczenie i została uprzedzona o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8. Ponadto jestem świadom odpowiedzialności cywilnej za podanie nieprawdziwych danych.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji projektu „SOS DLA SENIORA – DŁUŻEJ W DOMU, BEZPIECZNIEJ, AKTYWNIJ, PEWNIJ”. Administratorem danych jest beneficjent realizujący projekt - Stowarzyszenie „EBI Association” z siedzibą w Jastrzębiu-Zdroju przy ul. Armii Krajowej 25 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Opiekanova Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni oraz Miasto Jastrzębie-Zdrój. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Podstawa prawna: 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).
- Oświadczam, że w ramach udziału w projekcie wyrażam zgodę na nagrywanie rozmów między mną a Centrum Teleopieki Opiekanova S. z o.o. i Stowarzyszenie EBI Association, które będą archiwizowane i wykorzystywane do prowadzenia moich spraw.

Podpis kandydata/kandydatki lub opiekuna prawnego:

.....

Do formularza zgłoszeń, prosimy dołączyć załączniki (jeśli dotyczy):

- a) Zaświadczenie z OPS lub zaświadczenie lekarskie/psychologa/pielegniarki środowiskowej dokumentujące potrzebę wsparcia
- b) Orzeczenie o niepełnosprawności lub dok. lekarski poświadczający chorobę/zaburzenie psychiczne- W przypadku wskazania w formularzu zgłoszenia danych na ten temat
- c) Zaświadczenie dotyczące dochodów z OPS/korzystania z programu PO PŻ

BIURO PROJEKTU: UL. ARMII KRAJOWEJ 25, TEL. 32 470 60 77