

Kwestionariusz zgłoszeniowy do projektu

„Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego.

I. Dane personalne uczestnika

1.	Imię (imiona)																					
2.	Nazwisko																					
3.	Pesel	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
4.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu																					
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
6.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podst. <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe																				
7.	Status na rynku pracy na dzień przystąpienia do projektu	<p>→ <input type="checkbox"/> osoba pracująca:</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>Wykonywany zawód:.....</p> <p>Nazwa przedsiębiorstwa/organizacji:</p> <p>.....</p> <p>→ <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy:</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwale</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>→ <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy:</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwale</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>→ <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>																				
8.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji																				
9.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie																				



10.	Osoba z niepełnosprawnościami ze względu na wzrok	<input type="checkbox"/> tak (<i>jaki stopień</i>) <input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
11.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
12.	Konieczne do wprowadzenia usprawnienia ze względu na niepełnosprawność w celu umożliwienia udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> tak (<i>proszę podać jakie</i>)..... <input type="checkbox"/> nie
13.	Dochód osoby nieprzekracza 150% kryterium dochodowego uprawniającego do skorzystania z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
14.	Status osoby niesamodzielnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
15.	Osoba przynależąca do PZN OZ	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

II. Dane adresowe uczestnika

16.	Województwo	
17.	Powiat	
18.	Gmina	
19.	Miejscowość	
20.	Ulica, nr domu/lokalu	
21.	Kod pocztowy	
22.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
23.	Telefon kontaktowy	
24.	Adres e-mail	



III. Oświadczenia

Oświadczam, że:

- Posiadam aktualne orzeczenie i niepełnosprawności w stopniu: **lekkim / umiarkowanym / znacznym*** ze względu na wzrok, wydane przez:
 - Miejski/Powiatowy/Wojewódzki*** Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności
 - Lekarza Orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
 - Inne, równoważne/jakie?
- Jestem w wieku uprawniającym do udziału w projekcie „Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego, tj. ukończyłam/em 60 rok życia.
- Jestem osobą zamieszkałą na terenie województwa zachodniopomorskiego.
- Przynależę do Polskiego Związku Niewidomych Okręg Zachodniopomorski (PZN OZ).
- Moje dochody **przekraczają/nie przekraczają*** 150% kryterium dochodowego uprawniającego do skorzystania z pomocy społecznej.
- Oświadczam, że zostałam/-am poinformowany/-a, że projekt: „Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego, realizowany przez **Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie** jest **współfinansowany przez Unię Europejską w ramach RPO WZ 2014-2020. Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.**
- Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem udziału w projekcie oraz akceptuję jego warunki.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.
- Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

*- niepotrzebne skreślić.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć:

- 1) Deklarację uczestnictwa w projekcie – zał. nr 2 do Regulaminu udziału w projekcie.
- 2) Oświadczenie (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679) - zał. nr 1 do deklaracji uczestnictwa w projekcie.
- 3) Oświadczenie o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku – zał. nr 2 do deklaracji uczestnictwa w projekcie.
- 4) Oświadczenie o spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych zw. z udziałem w projekcie - zał. nr 3 do Regulaminu udziału w projekcie.
- 5) Zaświadczenie lekarskie o spełnieniu kryterium bycia osobą niesamodzielną.
- 6) Orzeczenie o niepełnosprawności ze względu na wzrok (kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, oryginał do wglądu).
- 7) Dokumenty potwierdzające osiągnięty dochód np. zaświadczenie o uzyskiwanych dochodach, kserokopia decyzji/odcinka od emerytury/renty.
- 8) Zaświadczenie z PZN OZ o członkostwie.



Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a
(ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie pt. **„Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego**, realizowanym przez Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Priorytet 9iv Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

2. **Deklaruję uczestnictwo w następujących formach wsparcia:**

w formie stacjonarnej

Zajęcia pn.: „Literacki Klub Dyskusyjny”; „Turystyka wirtualna”; „Dobór i metodologia posługiwania się sprzętem mechanicznym, elektronicznym i codziennego użytku przez osoby z dysfunkcją wzroku”; „Terapia zajęciowa z elementami terapii ręki”; „Orientacja przestrzenna i usprawnianie funkcji motorycznych”; „Poradnictwo prawne”; „Nowoczesne technologie na urządzenia mobilne”; „Indywidualne zajęcia z zakresu użytkowania nowoczesnych technologii”; „Masażysta”; „Warsztaty psychologiczne dla seniorów”; „Warsztaty kulinarne pn. Kuchenne rewolucje – smaki świata”; „Spotkania ze specjalistami - Lekarz okulista/diabetolog/internista/kardiolog/alerolog”; „Podologia”; „Kosmetologia”; „Spotkania z pielęgniarką”; „Zajęcia z fryzjerem”; „Stała opieka asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej”; „Zajęcia na basenie”; „Spotkania świąteczne”; „Wyjścia rekreacyjno-krajoznawcze” oraz „Wycieczki autokarowe poza miasto”.

w formie zdalnej:

Stała opieka asystenta do teleporad: m.in. nadzór nad wypożyczalnią sprzętu, udzielanie informacji o bieżącej działalności klubu, zbieranie zapotrzebowania na nagrywanie książek, informowanie o sprzęcie rehabilitacyjnym i możliwościach dofinansowania do niego, informowanie o przywilejach i ulgach dla niepełnosprawnych seniorów; rozmowy z prawnikiem-1h/mc na osobę; psycholog-1h/mc na osobę, pielęgniarka-1h/mc na osobę.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załączniki:

- 1) Oświadczenie uczestnika projektu (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).
- 2) Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku.



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu



Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **„Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie**, ul. Potulicka 16, 70-234 Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Polski Związek Niewidomych Okręgu Zachodniopomorskiego, ul. J. Piłsudskiego 37 w Szczecinie. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014 -2020 (tj. dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - b) iod@miir.gov.pl – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
 - c) iod@twp.szczecin.pl – w odniesieniu do Beneficjenta realizującego projekt.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem dobrowolnym, lecz odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udzielania wsparcia w ramach projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku

Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego stosownie do postanowień art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1231 z późn. zm.) oraz art. 6 ust. 1 lit. a 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, zwane dalej: „RODO”) (Dz. Urz. UE L 119, s.1)

Przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, a cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Załącznik 3 do Regulaminu udziału w projekcie

OŚWIADCZENIE o spełnianiu kryteriów kwalifikacyjnych związanych z udziałem w projekcie

„Pora na seniora” – działania zwiększające aktywność seniorów niepełnosprawnych wzrokowo z terenu województwa zachodniopomorskiego

w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś priorytetowa VII Włączenie Społeczne, Działanie 7.6

Ja niżej podpisany/a:

.....

(imię i nazwisko składającego/-ej oświadczenie)

Zamieszkały/a:

.....

(adres zamieszkania: ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym w tym: (zaznaczyć „X” właściwe punkty, które dotyczą)

- osobą lub rodziną korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osobą z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
- rodziną z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osobą, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);
- osobą niesamodzielną;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej;
- osobą której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego uprawniającego do skorzystania z pomocy społecznej.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU