



ZAŁĄCZNIK NR 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU I ZGODA NA UDZIAŁ
W PROJEKCIE**

Tytuł projektu: „**Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Targówek w Warszawie**”

Nr projektu: FEMA.08.05-IP.01-0A1G/25

Priorytet: Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu

Działanie: Usługi społeczne i zdrowotne

Projekt finansowany przez Program Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

INFORMACJE PODSTAWOWE:**DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI:**

| | | | |
|---------------------------------|--------------|-------------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO | | | |
| PESEL | | OBYWATELSTWO | |
| DATA URODZENIA | | | |
| TELEFON STACJONARNY | | TELEFON KOMÓRKOWY | |
| E-MAIL | | PŁEĆ | <input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA |
| ADRES ZAMIESZKANIA ¹ | ULICA | | |
| | NUMER DOMU | | |
| | NUMER LOKALU | | |
| | KOD POCZTOWY | | |
| | MIEJSCOWOŚĆ | | |
| | GMINA | | |
| | POWIAT | | |

¹ Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



| | | |
|---|---|--|
| | WOJEWÓDZTWO | |
| | ADRES ZAMIESZKANIA POTWIERDZAM² (NALEŻY UZUPEŁNIĆ INFORMACJE W POLU OBOK) | |
| WYKSZTAŁCENIE- WYBRAĆ ODPOWIEDNIE | <input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8) | |
| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | <p style="text-align: right;">TAK NIE</p> <p>- OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">TAK NIE</p> <p>- OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ TAK NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE) TAK NIE ODMOWA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI TAK NIE ODMOWA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | |
| STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA- WYBRAĆ ODPOWIEDNIE | <input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO W TYM: <input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU <input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCA SIĘ / ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE <input type="checkbox"/> INNE | |

² Adres zamieszkania można potwierdzić następującymi dokumentami np.: - informacja o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy pobrana elektronicznie poprzez profil zaufany na stronie: www.gov.pl – inne dokumenty urzędowe: potwierdzenie złożenia PIT (np. pierwsza strona PIT), kopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości – dokumenty związane z dysponowaniem lokalem w danej lokalizacji typu: umowy notarialne, umowy najmu (np. kopie stron z adresem); - umowa o pracę lub zaświadczenie o zatrudnieniu, - zawarta umowa na media (np. prąd, gaz, woda, telefon, internet, telewizja kablowa np.) zawierające adres zamieszkania na terenie np. Mazowieckiego, - ubezpieczenie z tytułu wykonywanej pracy, - kopie korespondencji przychodzącej pod dany adres do wnioskodawcy (np. korespondencja z urzędów, banków); - inne wiążące dokumenty w których wskazany zostanie adres zamieszkania uczestnika projektu.



OSOBA PRACUJĄCA

W TYM:

- PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK
- W ADM.RZĄDOWEJ
- W ADM.SAMORZĄDOWEJ (Z WYŁĄCZ. SZKÓŁ I PLACÓWEK SYST. OŚWIATY)
- W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ
- W MMŚP
- W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
- W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
- W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)
- W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)
- W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)
- NA UCZELNI
- W INSTYTUCIE NAUKOWYM
- W INSTYTUCIE BADAWCZYM
- W INSTYTUCIE W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ
- W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM
- DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYST.SZKOL.WYŻSZEGO I NAUKI
- NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ
- INNE

OSOBA BEZROBOTNA

W TYM:

- OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA
- INNE



KRYTERIA WŁĄCZAJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| JESTEM OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA 60 LAT | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM MIESZKAŃCEM MIASTA STOŁECZNEGO WARSZAWY | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBA, KTÓRA MA POSTAWIONĄ DIAGNOZĘ NOZOLOGICZNĄ CHOROBY/ZESPOŁU OTĘPIENNEGO W FAZIE ŁAGODNEJ LUB ŚREDNIOZAAWANSOWANEJ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBA, KTÓRA ZE WZGLĘDU NA CHOROBE/ZESPOŁY OTĘPIENNE WYMAGA OPIEKI DZIENNEJ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBA, KTÓRA NIE KORZYSTA Z INNYCH USŁUG W FORMIE DZIENNEJ FINANSOWEJ Z NFZ LUB INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBA, KTÓRA UDZIELIŁA PISEMNEJ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W PROJEKCIE ³ | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

³ Dotyczy również sytuacji gdy zgodę podpisuje opiekun faktyczny osoby wymagającej opieki.



ŚWIADOMA ZGODA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące projektu **„Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Targówek w Warszawie”** oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym projekcie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części projektu bez podania przyczyny.

Jednocześnie deklaruję, że nie korzystam równocześnie z innego wsparcia dziennego dla osób wymagających opieki finansowanego z NFZ lub innych środków publicznych.

Przez podpisanie zgody na udział w projekcie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Uczestnik/Uczestniczka programu lub Opiekun faktyczny:

.....

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data



OŚWIADCZENIA

JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:

- Zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. **„Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Targówek w Warszawie”**
- Zostałem poinformowany, że projekt pt. „Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Targówek w Warszawie” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu VIII „Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu”, z Działania 8.5 „Usługi społeczne i zdrowotne” z programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego i udział w projekcie.
- Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz



KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „**Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Targówek w Warszawie**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek, z siedzibą: ul Tykocińska 34, 03-545 Warszawa.
1. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027 na podstawie:
 - w odniesieniu do zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027:
 - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające 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,
 - ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079);
 - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające 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,
 - ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079).
2. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. **Uruchomienie Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w dzielnicy Targówek w Warszawie**” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027.
3. Dostęp do danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy Administratora. Ponadto dane osobowe zostaną udostępniane:
- Zarządowi Województwa Mazowieckiego dla zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027, będącemu Instytucją Zarządzającą dla Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027 z siedzibą w Warszawie przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
 - ministrowi właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów i projektów współfinansowanych z Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
 - Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostce Wdrażania Programów Unijnych, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa;
 - Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027.
4. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.



5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.
7. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Kontakt z Administratorem w następujący sposób:

Pocztą tradycyjną na adres: Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek, z siedzibą: ul Tykocińska 34, 03-545 Warszawa, elektronicznie: na adres e-mail: dom@zozbt.waw.pl

9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Mam prawo żądania dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....

.....

Data i miejscowość

Podpis czytelny Uczestnika/Uczestniczki projektu
lub Opiekuna faktycznego