

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1.1.

Formularz zgłoszeniowy

Projekt „Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica”

Prosimy o wypełnianie drukowanymi literami wszystkich pól formularza lub zaznaczenie właściwych opcji.

	Lp.	Nazwa	Dane osoby zgłaszającej swój udział w projekcie:
Dane uczestnika:	1	Imię (imiona):	
	2	Nazwisko:	
	3	Data urodzenia:	
	4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> Powyżej 60 roku życia
	5	PESEL:	_____
	6	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak (<i>Brak formalnego wykształcenia</i>) <input type="checkbox"/> Podstawowe (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej</i>) <input type="checkbox"/> Policealne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>) <input type="checkbox"/> Wyższe (<i>Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich</i>)
Dane kontaktowe:	7	Ulica:	
	8	Nr domu:	
	9	Nr lokalu:	
	10	Miejscowość:	
	11	Kod pocztowy:	____-____
	12	Województwo:	LUBELSKIE
	13	Powiat:	puławski
	14	Gmina:	Wąwolnica (gmina wiejska)
	15	Telefon kontaktowy:	
16	Adres poczty elektronicznej (e-mail):		

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi definicjami, a następnie ustosunkowanie się do każdej z nich.

Status:	17	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy , tzn. pozostaję bez pracy, jestem gotowy/a do podjęcia pracy, aktywnie poszukuję zatrudnienia. * definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne w urzędzie pracy, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów *wymagane zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	18	Jestem osobą bezrobotną i niezarejestrowaną w urzędzie pracy , tzn. pozostaję bez pracy, jestem gotowy/a do podjęcia pracy, aktywnie poszukuję zatrudnienia.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	19	Jestem osobą długotrwale bezrobotną , tj. spełniam warunki wskazane w punkcie 17. lub 18. i jednocześnie pozostaję bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	20	Jestem osobą bierną zawodowo , tj. nie pracuję i nie jestem osobą bezrobotną. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za bierne zawodowo.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się (w trybie dziennym) <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	
	21	Jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	w tym:	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne	
	22	Wykonywany zawód (wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)	
23	Zatrudniony w: (wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)		
Zgłaszam swój udział w:	Proszę zaznaczyć wsparcie, którym jest Pan/i zainteresowany/a w ramach Klubu „Aktywny Senior”:		
	24	<ul style="list-style-type: none"> - Zajęcia prozdrowotne i kultura fizyczna - Zajęcia aktywizujące - Zajęcia edukacyjne - Zajęcia kulturalne - Poradnictwo psychologiczne - Porady prawne - Funkcjonowanie Klubu "Aktywny Senior" 	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<ul style="list-style-type: none"> - Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania 	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi definicjami, a następnie ustosunkowanie się do każdej z nich. Nieustosunkowanie się do stwierdzeń od 25,27 i 28 (danych wrażliwych) nie powoduje ograniczenia dostępu do udziału w projekcie.

Dane dodatkowe:	25	Jestem osobą należącą do mniejszości (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska, mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska) lub migrantem (cudzoziemcem na stałe mieszkającym w Polsce), lub obywatelem obcego pochodzenia (każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	26	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (osoba bez miejsca zamieszkania, przebywająca w schronisku, opuszczająca instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, posiadająca niezabezpieczone zakwaterowanie, np. najem z nakazem eksmisji, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, np. lokal nienadający się do zamieszkania wg standardu krajowego).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	27	Jestem osobą z niepełnosprawnościami , czyli osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.). tj. posiadam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	28	Jestem osobą należącą do innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej (np. osoba zagrożona wykluczeniem społecznym, były więzień, inne- jakie :.....)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	29	Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, tj. w gospodarstwie domowym, w którym żaden członek gospodarstwa nie pracuje, wszyscy są albo bezrobotni, albo bierni zawodowo.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	W tym:	Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu, tj. w gospodarstwie domowym, w którym żaden członek gospodarstwa nie pracuje, wszyscy są albo bezrobotni, albo bierni zawodowo. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	30	Żyję w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej (osoba powyżej 18 lat) i dzieci pozostających na utrzymaniu.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	31	Żyję w gospodarstwie domowym i pozostaję w trudnej sytuacji innej, niż wymieniono w pkt. 30-31	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica” i zobowiązuje się do udziału w projekcie na warunkach określonych w Regulaminie i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w nim oraz akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zamieszkuję (zgodnie z Kodeksem Cywilnym) na terenie województwa lubelskiego, powiatu: puławskiego, gminy: Wąwolnica (gmina wiejska)
5. **Zostałam/em poinformowana/y o możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.**
6. **Zobowiązuję się do wypełniania ankiet lub innych dokumentów na rzecz realizowanego projektu.**
7. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w zakresie monitorowania (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).
8. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Organizatorowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. Akceptuję fakt, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu.
10. Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji projektu, ponadto zgadzam się na udostępnianie ich na płycie CD/DVD na potrzeby dokumentacji projektu. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji działań związanych z realizacją ww. projektu.
11. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
12. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Europejską Fundację Inicjatyw, ul. Balladyny 12/140, 20-601 Lublin (Partner Wiodący) i Gminę Wąwolnica, ul. Lubelska 39, 24-0160 Wąwolnica (Partner nr 1) na potrzeby rekrutacji.**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI

Załącznik nr 1.2

Oświadczenie o statusie osoby wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem społecznym ze wskazaniem formy wykluczenia

Projekt: Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica

.....
IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/KANDYDATKI

Forma wykluczenia	Należy zaznaczyć „tak” przy dotyczącej Pana/Pani formie wykluczenia
Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (ubóstwa; sieroctwa; bezdomności; bezrobocia; niepełnosprawności; długotrwałej lub ciężkiej choroby; przemocy w rodzinie; potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizmu lub narkomanii; zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; klęski żywiołowej lub ekologicznej);	
Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	
Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej ¹ lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	
Jestem osobą 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 w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;	
Jestem jednym z członków gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;	
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;	

¹ W tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	
Jestem osobą odbywającą kary pozbawienia wolności;	
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.	

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1.3

Oświadczenie o spełnianiu kryteriów preferencyjnych

Projekt: Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica

.....
IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/KANDYDATKI

Kryteria preferencyjne	Należy wpisać „tak” przy dotyczącym Pana/Pani kryterium
Jestem osobą lub rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014 – 2020”;	
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;	
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych);	
Jestem osobą, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	
Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;	
Jestem osobą lub rodziną korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 - zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin w ramach projektu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ;	
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020”;	
Jestem osobą lub rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z obszarów objętych programem rewitalizacji;	

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1.4

Oświadczenie o spełnianiu kryteriów dodatkowych

Projekt: Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica

.....
IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/KANDYDATKI

Kryteria dodatkowe	Należy wpisać „tak” przy dotyczącym Pana/Pani kryterium
Jestem osobą niepełnosprawną	
Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej	
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	
Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań zgodnie z Wytocznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	
Jestem osobą zamieszkującą na obszarach objętych programem rewitalizacji	
Jestem kobietą	

MIJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI

Uwaga!!! Wypełnia Organizator Projektu.

Uzyskana liczba punktów:

.....
Podpis osoby zliczającej punkty

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Uwaga! Załącznik wypełniają wyłącznie osoby zainteresowane otrzymaniem wsparcia Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania.

Załącznik nr 1.5 Oświadczenie o spełnianiu kryteriów na wsparcie Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Projekt: Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica

.....
IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/KANDYDATKI

Kryteria	Należy wpisać „tak” przy dotyczącym Pana/Pani kryterium
Jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;	
Jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy mi zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;	
Jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;	

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
pieczęć podmiotu leczniczego

Załącznik nr 1.6

Karta oceny Kandydata/ki wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko

Nr PESEL:.....

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3	Utrzymanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 – niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁵⁾		



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
.....

data , pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do Klubu Seniora

.....
.....
.....

.....
.....

data , pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Mahoney FI, Barthel D., „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.
Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61, Wykorzystane za zgodą.
Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

³⁾ W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

⁴⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁵⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1.7

ANKIETA BADAJĄCA MOTYWACJĘ DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Jak ogólnie ocenia Pani/Pan swoją motywację do projektu w skali od 1 do 5?

(Skala od 1 do 5, gdzie 1 punkt - oznacza bardzo niska, a 5 punktów- bardzo wysoko)

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

2. Proszę o zaznaczenie krzyżykiem informacji dotyczące Pana/Pani

Lp.		TAK	NIE
1.	Jestem zmotywowany/a do udziału w zajęciach w klubie seniora do dnia 31.08.2023 r.		
2.	Zdecydowałem/am się na udział w projekcie, ponieważ chcę rozwijać swoje umiejętności i indywidualne zainteresowania.		
3.	Zdecydowałem/am się na udział w projekcie, ponieważ chcę dowiedzieć się czegoś nowego o sobie.		
4.	Zdecydowałem/am się na udział w projekcie, bo chcę zadbać o swoją przyszłość.		
5.	Zdecydowałem/am się na udział w projekcie, bo uważam, że pozwoli mi on uwierzyć w swoje możliwości i podnieść samoocenę.		
6.	Ten projekt jest dla mnie szansą na zwiększenie aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym.		
7.	Zgłosiłem/am się do udziału w projekcie, ponieważ widzę w tym szansę na zmianę swojego życia.		
8.	Chcę wziąć udział w projekcie, ponieważ lubię uczyć się nowych rzeczy.		

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI

* właściwe zaznaczyć **X**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,
2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
 - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 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 2020 r. poz. 818 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:
 - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
 - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
 - a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt - Europejska Fundacja Inicjatyw, ul. Balladyny 12/140, 20-601 Lublin (Partner Wiodący) i Gminą Wąwolnica, ul. Lubelska 39, 24-0160 Wąwolnica (Partner nr 1),
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu –(nazwa i adres ww. podmiotów)².....

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423).
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.³
- 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres email: iod@lubelskie.pl (IOD w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego) lub iod@mfi.gov.pl (IOD w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej).
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
- 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
- 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
- 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

² Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.

³ Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b. Osoba z niepełnosprawnościami
 - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza nie kwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące szczególnych kategorii danych osobowych: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

- 1) Czy należysz do mniejszości narodowej lub etnicznej, jesteś migrantem lub osobą obcego pochodzenia?

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

- 2) Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

- 3) Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione powyżej w punktach 1 i 2 (może to być np. bezdomność, wykluczenie z dostępu do mieszkań, pochodzenie z obszarów wiejskich, wykształcenie poniżej podstawowego pomimo wieku typowego dla ukończenia szkoły podstawowej lub inne cechy powodujące wykluczenie społeczne)?

Tak

Nie

Odmawiam podania informacji

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Aktywny Senior w Gminie Wąwolnica”

realizowanym przez Partnerstwo, zawarte pomiędzy Europejską Fundacją Inicjatyw, ul. Balladyny 12/140, 20-601 Lublin (Partner Wiodący) i Gminą Wąwolnica, ul. Lubelska 39, 24-0160 Wąwolnica (Partner nr 1).

Projekt jest realizowany w ramach Osi priorytetowej 11 Włączenie społeczne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne na podstawie umowy o dofinansowanie nr 187.RPLU.11.02.00-06-0099/20-00 podpisanej z Samorządem Województwa Lubelskiego.

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

PESEL _ _ _ _ _

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, tzn.:

- a) jestem osobą powyżej 60 lat i więcej
- b) zamieszkuję na terenie Gminy Wąwolnica
- c) jestem osobą niesamodzielną
- d) jestem osobą wykluczoną i zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki. Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej, że podane przeze mnie w dokumentach aplikacyjnych do projektu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KI