



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

Formularz Zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu powinien być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim i czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich wymagany jest podpis rodzica/opiekuna prawnego. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem ‘x’ odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. *tak, nie*). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone *tak* lub *nie*).

**UWAGA!** Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza Zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”.

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Część I – dane kandydata/kandydatki do udziału w projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL  (wiek, co najmniej 60 lat zgodnie z ustawą o osobach starszych z 11.09.2015 r.)  Dla opiekunów – wiek powyżej 18 lat	
Adres zamieszkania	Województwo, powiat (garwoliński)	
	miasto	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Nr domu	
	Nr mieszkania	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	



	<b>Adres do korespondencji</b> (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)		
<b>Dane osobowe opiekuna</b>	<b>Imię i nazwisko</b>		
	<b>Telefon kontaktowy</b>		
<b>Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</b>	<b>Brak</b> <i>Brak formalnego wykształcenia</i>		
	<b>Podstawowe</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>		
	<b>Gimnazjalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>		
	<b>Ponadgimnazjalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe).</i>		
	<b>Pomaturalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.</i>		
	<b>Wyższe</b> <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>		
Jestem osobą pracującą		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Nazwa pracodawcy .....			
W tym:			
- osobą pracującą w administracji rządowej			
- osoba pracującą w małym lub średnim przedsiębiorstwie			
- osobą pracującą w organizacji pozarządowej			
- osobą prowadzącą działalność na własny rachunek			
- osobą pracującą w dużej firmie			
Wykonywany zawód			
Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy			
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy.			
Jestem osobą długotrwale bezrobotną.			
Jestem osobą bierną zawodową			
W tym:			
- uczącą się			
- nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu			
<b>Część II - Oświadczenia uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika</b>			



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny

**Mazowsze.**  
serce Polski

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
--	------------	------------



<b>Oświadczam, że:</b> <b>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</b>	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (zg. z ust. z dn.12.03.2004r. o pomocy społecznej)  (zaświadczenie z OPS wraz z oświadczeniem uczestnika)	<b>x</b>	
	Jestem osobą niesamodzielną potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  (zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna)	<b>x</b>	
	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (POPŻ) a działania realizowane w ramach projektu „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” nie powielają się z tymi, które otrzymałem/łam lub otrzymuje z POPŻ + 15 pkt.  (oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu)  Jeżeli „nie dotyczy” proszę wpisać odręcznie „nie dotyczy”		
	Doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego  (zaświadczenie z OPS wraz z oświadczeniem uczestnika)		
	Mój dochód nie przekracza 150% (na os. samotnie gosp. lub na os. w rodzinie) - kryterium dochodowe +15 pkt		
	Posiadam zaburzenia psychiczne  (zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna) + 20 pkt		
	Przynależę do mniejszości narodowej/etnicznej		
	Posiadam status imigranta		
	Posiadam status osoby niepełnosprawnej (orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia) stopień umiarkowany + 5 pkt, stopień znaczny + 10 pkt		
	<b>Część II - Oświadczenia opiekuna faktycznego</b>		
		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Oświadczam, że:</b> <b>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</b>	Zamieszkuję i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński	<b>x</b>	
	Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej z terenu powiatu garwolińskiego		



	Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej której dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na os. samotnie gosp. lub na os. w rodzinie) +15pkt.		
	Jestem opiekunem faktycznym osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną lub osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi – + 10 pkt (orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia		
	Jestem opiekunem osoby korzystającej z POPŻ -+ 10pkt. (oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu)		

JA NIŻEJ PODPISANY/A ..... ,

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia** są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lider – MEDICA Sp. z o.o. oraz Partner – Zwoleński Uniwersytet Trzeciego Wieku w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135),
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Żelechów, dnia.....

.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny

**Mazowsze.**  
serce Polski

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



W przypadku składania oświadczenia przez osobę o ograniczonych prawach powinno ono być podpisane również przez opiekuna prawnego



**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO j”

### OŚWIADCZENIE

o spełnieniu kryteriów grupy docelowej dla uczestnika

Ja, niżej podpisany/-a ....., PESEL: .....  
świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” tj.

1. Jestem osobą niesamodzielną;
2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym;
3. Jestem osobą w wieku powyżej 60 roku życia;
4. Zamieszkuję i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński.
5. Zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa w „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

Żelechów, dnia..... ..

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę o ograniczonych prawach powinno ono być podpisane również przez opiekuna prawnego



**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

### OŚWIADCZENIE

o spełnieniu kryteriów grupy docelowej dla opiekuna faktycznego

Ja, niżej podpisany/-a ....., PESEL: .....

świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” tj.

1. Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej z terenu powiatu garwolińskiego
2. Zamieszkuję i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński.
3. Jestem w wieku powyżej 18 roku życia.
4. Posiadam wykształcenie minimum podstawowe,
5. Zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”.

Żelechów, dnia.....  
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki .....





**Załącznik nr 3** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

Ja niżej podpisany/-a:

.....

*Imię i Nazwisko*

deklaruję przystąpienie do udziału w Projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w Projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów w trakcie udziału w Projekcie dostarczanych przez Lider – MEDICA Sp. z o. o. oraz Partner – Zwoleński Uniwersytet Trzeciego Wieku.
3. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów rekrutacyjnych po zakwalifikowaniu się do udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, że spełniam kryteria grupy docelowej określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
5. Oświadczam, że przystępuję do Projektu z własnej woli i inicjatywy.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w Projekcie. Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do jednostek realizujących Projekt związanych z procesem naboru.
8. Oświadczam, że podane przeze mnie dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałam/em poinformowany, iż mogę zostać pociągnięta/y do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, promocji, realizacji, monitoringu i ewaluacji Projektu.

Żelechów, dnia.....

.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę o ograniczonych prawach powinno ono być podpisane również przez opiekuna prawnego



**Załącznik nr 4** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

### **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. „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:

1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;

2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

2. 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 (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające 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 uchylające 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające 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 uchylające 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;

d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), ul., Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - MEDICA Sp. z o.o., ul. Kilińskiego 11; 26-700 Zwoleń, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Zwoleński Uniwersytet Trzeciego Wieku, Aleja Jana Pawła II 6, 26-700 Zwoleń. 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 kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;



5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.
8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@mazovia.pl](mailto:iod@mazovia.pl).
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu<sup>1\*</sup>

---

<sup>1\*</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



**Załącznik nr 5** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

**UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**„AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”**

Zawarta w dniu ..... r. w Warszawie pomiędzy:  
MEDICA Sp. z o.o., ul. Kilińskiego 50, 26-700 Zwolen; nr KRS: 0000622061 NIP 8111770509; REGON 364670201  
zwanym dalej „Organizatorem projektu”,  
reprezentowaną przez:  
Pana Mariusza Kuśmierza– Prezesa Zarządu  
a  
Panem/Panią .....,  
zamieszkałym/ą .....,  
PESEL .....,  
zwanym/ą dalej „Uczestnikiem”.

**§ 1**

1. Projekt pt. „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” realizowany przez Lider MEDICA Sp. z o.o. i ZWOLEŃSKI UNIWERSYTET TRZECIEGO WIEKU – Partner współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach IX Osi priorytetowej Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem RPO WM 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z Mazowiecką Jednostką Wdrażania Projektów Unijnych pełniącej w programie rolę Instytucji Pośredniczącej.

**§ 2**

1) W ramach projektu, o którym mowa w § 1, Organizator projektu zobowiązuje się zapewnić i zrealizować na rzecz Uczestnika Projektu w terminie do dnia 30.09.2023 (termin może ulec przedłużeniu) r. następujące świadczenia zdrowotne:

1) PODOPIECZNI DZIENNEGO PUNKTU:

a) Szczegółowa diagnoza polegają na zapewnieniu zindywidualizowanego i kompletnego wsparcia uczestnikom projektu. Indywidualnie stworzona ścieżka dla każdej osoby będzie uwzględniać jej sytuację rodzinną, problemowa lub zagrożenie sytuacją problemową, zasoby, potencjał, predyspozycje, potrzeby. Na podst. stworzonej indywidualnej ścieżki zostanie zaplanowane wsparcie udzielane uczestnikom: rodzaj usług, ich częstotliwość, a także dobór wykwalifikowanego opiekuna. Diagnoza będzie się odbywać bezpośrednio po zakwalifikowaniu do udziału w projekcie. Zostanie sporządzonych 56 indywidualnych diagnoz (psycholog i psychoterapeuta).

b) Świadczenia kadry:

- opiekunowie medyczni,
- fizjoterapeuci (zakres wsparcia będzie dotyczył rehabilitacji i usprawnień zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki



zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu fizjoterapii).

- Pielęgniarki,
- Lekarz POZ

c) Terapia zajęciowa/warsztatowa dostosowana do indywidualnych potrzeb uczestników. Oprócz typowych świadczeń opiekuńczych planuje się przeprowadzenie szeregu działań animacyjnych które będą które będą ukierunkowane na aktywność prozdrowotną, zwiększenie umiejętności i kompetencji, wzrost zainteresowania oraz aktywności a także będą przeciwdziałać osamotnieniu.

d) Zajęcia manualne, rękodzieło czy muzykoterapia,

e) Porady dietetyka. Celem postępowania dietetycznego u osób starszych jest nie tylko opóźnienie procesów związanych ze starzeniem się, ale także dążenie do zachowania odpowiedniej aktywności fizycznej i umysłowej dlatego ten rodzaj wsparcia wydaje się szczególnie pożądany wśród grupy docelowej uczestnicy zdobędą wiedzę nie tylko w zakresie odpowiedniego sposobu żywienia ale również dostępności i doboru produktów pod kątem zasobności ich portfela.

f) Organizacja wieczorów muzyczno – teatralnych oraz występy zaprzyjaźnionych osób artystów.

g) Dla osób z zaburzeniami psychicznymi planuje się wsparcie ze strony psychologa.

h) W projekcie zaplanowano wsparcie w wymiarze średnio 8h/tydzień/osobę, przy czym liczba godzin w poszczególnych dniach, jak również w przypadku różnych osób, może być różna i będzie wynikać z indywidualnie stworzonej ścieżki dla danej osoby, z uwzględnieniem diagnozy sytuacji rodzinnej, problemowej lub zagrożenia sytuacją problemową zasobów, potencjału, predyspozycji, potrzeb.

i) Zakłada się funkcjonowanie dziennego punktu 5 dni w tygodniu (min 8h) w nagłych przypadkach godziny będą wydłużane (dotyczy to również dni wolnych).

j) Podopieczni będą mieli zapewniony dostęp do wyżywienia (drobny poczęstunek kawa/herbata/napoje przekąski oraz jeden ciepły posiłek).

## 2) OPIEKUNOWIE FAKTYCZNI (OF)

a) Szkolenia z zakresu opieki i pielęgnacji ON. Celem działania jest przeprowadzenie szkoleń i poradnictwa w zakresie wsparcia OF przy prawidłowej opiece nas os. niesamodzielną, a także poprawa kondycji psychicznej oraz wsparcie w rozwiązywaniu problemów psychologicznych, m.in. poprzez wzmocnienie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami i nagromadzonym stresem. Zajęcia będą prowadzone w formie warsztatów, szkoleń oraz poradnictwa specjalistycznego. Zakres wsparcia obejmie następujące interwencje:

- szkolenie zwiększające umiejętności w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi (2 sesje warsztatowe\*2 grup),
- Poradnictwo psychologiczne dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnymi
- Poradnictwo dot. poruszania się po systemach wsparcia dla OF

2. Główne miejsce udzielania wsparcia mieści się pod adresem: MedicA Sp. z o.o. Centrum Medyczne FILIA 1 ŻELECHÓW ul. Pudły 1, 08-430 Żelechów, tel. (25) 754-12-74, 730-733-135





### § 3

Uczestnik Projektu ma prawo do:

1. Bezpłatnego udziału we wszystkich formach wsparcia

Uczestnik/Uczestniczka projektu zobowiązuje się do:

1. zapoznania się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO” i bezwzględnego przestrzegania jego postanowień.
2. złożenia w Punkcie Przyjmowania Zgłoszeń podpisanych wszystkich wymaganych dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 9
3. Zawarcia z Organizatorem projektu (Liderem Partnerstwa) umowy uczestnictwa w projekcie, określającej zaplanowane formy wsparcia w projekcie. W przypadku osób niepełnoletnich umowę podpisuje rodzic /opiekun prawny.
4. Aktywnego i regularnego uczestnictwa w zaplanowanych formach wsparcia oraz stosowania się do zaleceń personelu projektu.
5. Każdorazowego potwierdzania swojego uczestnictwa w formach wsparcia poprzez złożenie podpisu na listach obecności i/lub opiekuna. Wypełniania ankiet ewaluacyjnych, testów sprawdzających i innych dokumentów zalecanych do wypełnienia, koniecznych do wykonania wszystkich badań i diagnoz.
6. Bieżącego informowania Organizatora (Lidera Partnerstwa) o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział uczestnika/uczestniczki w Projekcie.
7. Natychmiastowego informowania Organizatora (Lidera Partnerstwa) o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

### § 4

1. Uczestnik, u którego podczas wykonywania interwencji wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia – niespełnienie kryterium formalnego uczestnika - zostanie wykluczony z udziału w programie. Osoby, dla których zabraknie możliwości udziału w programie będą miały możliwość zakwalifikowania się do niego w przypadku zwolnienia się miejsca (będą o tym informowani w trakcie trwania programu).

2. Uczestnik/Uczestniczka może zostać wykluczony/-na z udziału w projekcie z powodu:

- a. podania w dokumentach rekrutacyjnych nieprawdziwych danych i informacji,
- b. naruszenia zasad wynikających z niniejszego regulaminu lub umowy uczestnictwa.

3. Decyzję w zakresie wykluczenia uczestnika/uczestniczki z udziału w projekcie podejmuje Organizator.

4. W przypadku, gdyby którekolwiek ze złożonych oświadczeń uczestnika/uczestniczki było nieprawdziwe, poniesie on/ona pełną odpowiedzialność wynikającą z tego faktu.

### § 5

Organizator projektu może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia i konsekwencji finansowych dla Uczestnika również w przypadku rozwiązania umowy z Instytucją Pośredniczącą określoną w § 1.

### § 6

Organizator Projektu nie ponosi odpowiedzialności wobec Uczestnika w przypadku:



- wstrzymania finansowania Projektu przez Instytucję Pośredniczącą, w tym również spowodowanego brakiem środków na realizację Projektu określonego w § 1;
- rozwiązania umowy w trybie określonym w § 4.

§ 7

Uczestnik oświadcza, że jest zainteresowany udziałem w Projekcie z własnej woli.

§ 8

1. Uczestnik potwierdza, że dane osobowe podane przez niego w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania Organizatora projektu o każdej ich zmianie.
2. Uczestnik zobowiązany jest poinformować niezwłocznie Organizatora projektu o zmianie danych, stanowiących warunki dopuszczalności udziału w Projekcie, określonych w Regulaminie.

§ 9

Wszelka korespondencja do Uczestnika będzie kierowana na jego adres zamieszkania zawarty w niniejszej umowie. Uczestnik zobowiązany jest pisemnie zawiadomić Organizatora projektu o każdorazowej zmianie podanego adresu zamieszkania.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych tą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Ewentualne spory będą rozstrzygane przed Sądem Powszechnym w Warszawie.

§ 11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
Podpis Uczestnika

.....  
Podpis Organizatora projektu





**Załącznik nr 6** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

### **REZYGNACJA Z DALSZEGO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego mojego udziału

w projekcie „AKTYWNE WSPARCIE OSÓB WYKLUCZONYCH SPOŁECZNIE Z POW. GARWOLIŃSKIEGO”

Powodem mojej rezygnacji jest:

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

data i czytelny podpis