



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „HARCDOM – dzienny dom pomocy w Półku w Gminie Koronowo”

| DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                           |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię (imiona)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | PESEL                                                     |                                                                     |
| Nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Płeć                                                      | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                           |                                                                     |
| Ulica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                           |                                                                     |
| Numer domu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Numer lokalu                                              |                                                                     |
| Miejscowość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Kod pocztowy                                              |                                                                     |
| Gmina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Powiat                                                    |                                                                     |
| Województwo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                           |                                                                     |
| <p><b>UWAGA:</b> Weryfikacja miejsca zamieszkania następuje na podstawie wystawionych na daną osobę i jej adres zamieszkania dokumentów zobowiązaniowych np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu, karta pobytu, które należy załączyć do formularza. W uzasadnionych sytuacjach, w przypadku braku możliwości pozyskania w/w dokumentów, należy załączyć oświadczenie.</p> |  |                                                           |                                                                     |
| DANE KONTAKTOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                           |                                                                     |
| Numer telefonu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                           |                                                                     |
| Adres e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                           |                                                                     |
| DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                           |                                                                     |
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                           |                                                                     |
| Adres zamieszkania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                           |                                                                     |
| Nr telefonu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                           |                                                                     |
| Adres e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                           |                                                                     |
| OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                           |                                                                     |
| Oświadczam, że spełniam kryteria osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |                                                                     |
| <p><b>W przypadku zaznaczenia TAK należy do formularza dołączyć:</b><br/> <b>- orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                           |                                                                     |

<sup>1</sup> Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



**przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia/opinię lekarską lub**  
**- decyzję z OPS/CUS dotyczącą przyznania specjalistycznej/zwykłej usługi opiekuńczej lub**  
**- w przypadku braku możliwości pozyskania w/w dokumentów oświadczenie o potrzebie**  
**wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego**  
**wykonywania min. 1 z podstawowych czynności dnia codziennego zawierające informację o**  
**przyczynie niesamodzielnosci (wiek i/lub stan zdrowia)**

| Oświadczam, że <sup>2</sup> :                                                                                                                                                                                                                                                                 | Proszę zaznaczyć<br>wszystkie właściwe                    | Dokument wymagany na po-<br>twierdzenie                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | PIT i/lub zaświadczenie                                                                                    |
| jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności                                                                    |
| jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi lub osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza |
| Korzystam z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ)                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | zaświadczenie z właściwej instytucji                                                                       |
| Jestem osobą zamieszkującą samotnie                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | zaświadczenie wystawione przez pracownika socjalnego/oświadczenie                                          |

#### INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI

|                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Proszę wskazać, czy istnieją szczególne potrzeby w kontekście zapewnienia dostępności do projektu (np. komunikacyjne, transportowe itp.), które należy zapewnić                           |  |
| Proszę wskazać istotne informacje z punktu widzenia sytuacji osoby, która ma zostać objęta wsparciem (np. w zakresie stanu zdrowia, posiadanej niepełnosprawności, stosowanej diety itp.) |  |

<sup>2</sup> Zgodnie z definicjami wskazanymi w Regulaminie projektu.



## OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Chorągiew Kujawsko-Pomorską Związku Harcerstwa Polskiego w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego<sup>3</sup>

<sup>3</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej/ubezważnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna



## **OŚWIADCZENIE ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do projektu oraz realizacji FEKP 2021-2027 zgodnie z Rozporządzeniem 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 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO.

### ***KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) oraz zgodnie z art. 87 ust. 1 i art. 88 ustawy

wdrożeniowej (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) informujemy, iż:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Chórągiew Kujawsko-Pomorska Związku Harcerstwa Polskiego z siedzibą przy ul. Dworcowej 56, 85-010 Bydgoszcz.
- Ponadto dane osobowe mogą być przetwarzane przez innych administratorów m.in.:
  - Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego pełniący funkcję instytucji zarządzającej
  - Ministra właściwego ds. rozwoju, pełniącego funkcję Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa,

1. Z inspektorem ochrony danych można skontaktować się pod adresem poczty elektronicznej: [rodo@zhp.pl](mailto:rodo@zhp.pl),
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „HARCDOM – dzienne domy pomocy z programem integracji międzypokoleniowej” w szczególności w celu przeprowadzenia rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych i archiwizacji w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.
3. Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b, c, e i 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 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO).
4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie:
  - 4.1. W przypadku zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s.159-706 z późn. zm.),

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s. 21-59),
  - c) ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. 2022 poz. 1079).
- 4.2. W przypadku zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierającego realizację programów operacyjnych:
- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s.159-706 z późn. zm.),
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30 czerwca 2021 r., s. 21-59),
  - c) ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. 2022 poz. 1079).
5. Zgodnie z art. 89 ustawy wdrożeniowej dostęp do Pana/Pani danych osobowych przysługuje:
- ✓ ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego wykonującemu zadania państwa członkowskiego,
  - ✓ ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych,
  - ✓ instytucji zarządzającej,
  - ✓ instytucji audytowej,
  - ✓ Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
  - ✓ podmiotom związanym z realizacją zadań w ramach programu regionalnego, w szczególności zaangażowanym w proces audytu, ewaluacji, kontroli, oceny i ekspertyzy,
  - ✓ podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim w zakresie niezbędnym w celu prawidłowej realizacji projektu,
  - ✓ podmiotom, którym Beneficjent i w/w wymienione podmioty powierzają realizację zadań na podstawie odrębnej umowy, w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów ustawy wdrożeniowej,
  - ✓ innym podmiotom upoważnionym na mocy prawa.
6. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest:



- ✓ niezbędność do przeprowadzenia kompleksowego procesu rekrutacji do projektu (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
  - ✓ niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
7. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. Pani/Pana dane nie będą przekazane do państw trzecich.
9. Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:
- ✓ okres realizacji projektu,
  - ✓ przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
  - ✓ okres, który jest niezbędny do obrony interesów Beneficjenta.
10. Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do:
- ✓ dostępu do swoich danych osobowych,
  - ✓ żądania sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,
  - ✓ żądania usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy,
  - ✓ żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
  - ✓ wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu czy też na potrzeby marketingu bezpośredniego,
  - ✓ przenoszenia swoich danych osobowych,
  - ✓ wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Informujemy, że nie korzystamy z systemów służących do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego<sup>4</sup>

<sup>4</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej/ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna