

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

I. INFORMACJE O PROJEKCIE

Tytuł projektu	„Szansa na lepsze jutro”
Nr projektu	FESW.09.04-IZ.00-0052/24
Program Operacyjny Fundusz UE	Regionalny Program Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 -2027 Europejski Fundusz Społeczny Plus
Priorytet:	Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne
Działanie:	Działanie 9.4 Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych
Realizator:	Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Rezner sp.k. ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce

II. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

CHORY /OSOBA NIESAMODZIELNA	
Imię (imiona):	
Nazwisko	
OPIEKUN /OPIEKUNKA FAKTYCZNY/A	
Imię (imiona):	
Nazwisko	

III. DANE KONTAKTOWE (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Adres do korespondencji	

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie
CHORY/OSOBA NIESAMODZIELNA	
Miejsce zamieszkania chorego (kryterium dostępu)	Województwo: Powiat: Miejscowość:
Niesamodzielność chorego	Ocena w skali LAWTONA <input type="checkbox"/> Poniżej 8 – 10 pkt <input type="checkbox"/> Poniżej 16 - 5 pkt <input type="checkbox"/> Powyżej 16 - 0 pkt

Niesamodzielnosc chorego	Ocena w skali KATZA <input type="checkbox"/> Poniżej 2 – 10 pkt <input type="checkbox"/> od 3 - 4 - 5 pkt <input type="checkbox"/> od 5 - 6 - 0 pkt
Niesamodzielnosc chorego UWAGA! Do formularza nalezy dołączyc skierowanie lekarza POZ w przypadku deklaracji objęcia <u>pielęgniarską opieką długoterminową domową</u>	Ocena w skali BARTHEL <input type="checkbox"/> Poniżej 40 – 10 pkt <input type="checkbox"/> Od 40 do 80 – 5 pkt
Niepełnosprawność i schorzenia UWAGA! Do formularza nalezy dołączyc kopię stosownych zaświadczeń	<input type="checkbox"/> Znaczny stopień niepełnosprawności - 20 pkt <input type="checkbox"/> Umiarkowany stopień niepełnosprawności - 10 pkt <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona - 20 pkt <input type="checkbox"/> Choroby psychiczne – 10 pkt <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna – 10 pkt
Leczenie w warunkach szpitalnych w ciągu 30 dni poprzedzających zgłoszenie do projektu UWAGA! Do formularza nalezy dołączyc zaświadczenie/wypis ze szpitala (kopia dokumentu)	<input type="checkbox"/> TAK – 10 pkt <input type="checkbox"/> NIE - 0 pkt
Korzystanie z pielęgniarskiej opieki długoterminowej lub opieki środowiskowej przez ostatni rok	<input type="checkbox"/> powyżej 9 m-cy - 0 pkt <input type="checkbox"/> od 6 do 9 m-cy - 10 pkt <input type="checkbox"/> od 3 do 6 m-cy - 20 pkt <input type="checkbox"/> do 3 m-cy - 30 pkt <input type="checkbox"/> w ogóle - 40 pkt
Zamieszkujący samotnie	<input type="checkbox"/> TAK – 10 pkt <input type="checkbox"/> NIE - 0 pkt

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie
Opiekunka/Opiekun faktyczna/y	
Miejsce zamieszkania opiekuna faktycznego	Województwo: Powiat: Miejscowość:
Wiek	<input type="checkbox"/> Powyżej 50 lat – 10 pkt <input type="checkbox"/> Wiek 40 – 49 lat - 5 pkt <input type="checkbox"/> Poniżej 40 lat – 0 pkt
Stan zdrowia opiekuna (zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> Stałe leczenie powyżej 6 mies. – 4 pkt <input type="checkbox"/> Dobry lub doraźne dolegliwości przejściowe – 0 pkt
Stopień przygotowania opiekuna do opieki nad osobami niesamodzielnymi Niniejszym oświadczam, że sprawując opiekę nad osobą niesamodzielną posiadam następujące przygotowanie w tym zakresie: UWAGA! Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję.	<input type="checkbox"/> Przygotowanie medyczne, ukończone kursy specjalistyczne – 0 pkt <input type="checkbox"/> Instruktaż pielęgniarki środowiskowej – 5 pkt <input type="checkbox"/> Brak wiedzy, bazując tylko na własnym doświadczeniu życiowym – 10 pkt
Ja niżej podpisany (imię i nazwisko opiekunki/opiekuna).....jako opiekun (imię i nazwisko chorego)..... oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną. <div style="text-align: right;">..... Czytelny podpis</div>	

WNOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA

DLA CHOREGO/ CHOREJ	<input type="checkbox"/> Pielęgniarska opieka domowa <input type="checkbox"/> Rehabilitacja w warunkach domowych <input type="checkbox"/> Wizyty u lekarza specjalisty <input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze w codziennych potrzebach życiowych <input type="checkbox"/> Turnus rehabilitacyjny
---------------------	--

	<input type="checkbox"/> Wypożyczenie sprzętu specjalistycznego <input type="checkbox"/> Drobnie usługi remontowe w domach chorych <input type="checkbox"/> Telepieka medyczna i opieka socjalna
DLA OPIEKUNA / OPIEKUNKI	<input type="checkbox"/> Opieka wytchnieniowa <input type="checkbox"/> Turnus rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> Wsparcie psychologiczne dla opiekuna <input type="checkbox"/> Wizyty u lekarza specjalisty <input type="checkbox"/> Warsztaty edukacyjne o tematyce równości szans i niedyskryminacji <input type="checkbox"/> Telepieka medyczna i opieka socjalna

.....
Data

.....
Podpis chorego

.....
Podpis opiekunki/opiekuna

OŚWIADCZENIE

- Niniejszym zgłaszam chęć przystąpienia do udziału we wsparciu w postaci usług zdrowotnych, społecznych i towarzyszących organizowanych w ramach projektu „Szansa na lepsze jutro” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie Plus dla Świętokrzyskiego 2021 - 2027, Działania 9.4, Zwiększenie dostępności do usług społecznych i zdrowotnych.
- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Szansa na lepsze jutro”.
- Jestem świadoma/y, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem.
- Zapoznałam/-am się z informacjami wynikającymi z art. 13 i 14 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) i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych do celów związanych z rekrutacją, realizacją projektu „Szansa na lepsze jutro”.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 i 14 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Reznier sp. k., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce, e-mail: iod@zdrowiekielce.com. Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021 na poziomie aplikacyjnym.

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych: iod@zdrowiekielce.com.

3. Cele przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane do celów wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze związanych z:

- wykonywaniem zadań związanych z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów, w stosownych przypadkach, do celów określenia kwalifikowalności uczestników;
- archiwizacją dokumentacji.

4. **Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO), wynikających z:

- a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021r. 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 (Dz. U. UE. L. z 2021r. Nr 231, str. 159, z późn. zm.);
- b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. U. UE. L. z 2021r. Nr 231, str. 21, z późn. zm.);
- c) ustawy 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);
- d) ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022r. poz. 2000, z późn. zm.);
- e) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022r. poz. 1634, z późn. zm.);
- f) ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020r. poz. 164, z późn. zm.).

Jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy o dofinansowanie, której jest Pani/Pan stroną lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy, podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

5. **Kategorie odnośnych danych osobowych**

Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.

6. **Odbiorcy danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione m.in. innym podmiotom na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 i 89 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora, w tym pracownikom i współpracownikom Administratora, 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. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną, Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP UMWŚ w Kielcach.

7. **Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

8. **Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów.

9. **Prawa osoby, której dane dotyczą**

Jeśli podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g, art. 10 RODO, posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych i uzyskania ich kopii (art. 15 RODO), prawo do sprostowania danych (art. 16 RODO), prawo do ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO). Jeżeli natomiast podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, posiada Pani/Pan dodatkowo prawo do usunięcia danych ("prawo do bycia zapomnianym"), z zastrzeżeniem wyjątków wynikających z tego przepisu prawa (art. 17 RODO) oraz prawo do przenoszenia danych (art. 20 RODO).

10. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi z art. 77 RODO do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

11. Źródło pochodzenia danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane Administratorowi przez Panią/Pana lub przez instytucje i podmioty zaangażowane w realizację programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, w szczególności przez beneficjentów i wnioskodawców.

12. Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Ich niepodanie uniemożliwi realizację przez Administratora ww. celów.

13. Informacja dotycząca zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, w tym profilowania

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis chorego

.....

Podpis opiekunki/opiekuna

KANDYDAT to chory i jego opiekun, proszę o podpisanie dokumentu przez obie osoby. Jeśli z uwagi na stan zdrowia chorego nie jest to możliwe, dokument podpisuje tylko opiekun/opiekunka.

*Wypełnia Komisja Rekrutacyjna

*Razem ilość uzyskanych punktów
	Chory - ilość punktów	Opiekun - ilość punktów	Łączna ilość punktów
Podpisy Komisji Rekrutacyjnej	1.		
	2.		
	3.		