



Załącznik nr 1

OSOBA DOROSŁA

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE



"Koordynowane i kompleksowe wsparcie rodziny w zakresie poradnictwa specjalistycznego, profilaktyki, diagnostyki i niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2 – edycja 2"

Proszę wypełniać dane czytelnie – drukowanymi literami. W polach wyboru proszę zaznaczyć "X"

DANE UCZESTNIKA

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	

Płeć K (Kobieta) M (Mężczyzna)

Wiek w chwili przystąpienia do projektu
(liczba pełnych skończonych lat)

Wykształcenie:

- Niższe niż podstawowe Podstawowe Gimnazjalne
- Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)
- Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)
- Wyższe (dotyczy osób, które otrzymały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)

DANE KONTAKTOWE

Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr domu / Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

(pole opcjonalne dla osób nieuczestniczących w szkoleniach)

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (wybór jednej z wykluczających się pozycji)

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**
- Osoba długotrwale bezrobotna (*osoba <25 lat minimum 6m-cy; osoba >=25 lat minimum 12 m-cy*)
 - Inne
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**
- Osoba długotrwale bezrobotna (*osoba <25 lat minimum 6m-cy; osoba >=25 lat minimum 12 m-cy*)
 - Inne
- Osoba biernie zawodowo** (*renta/emerytura/urlop wychowawczy, itp.*)
- Inne
 - Osoba ucząca się
 - Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- Osoba pracująca, w tym:**
- osoba pracująca w administracji rządowej
 - osoba pracująca w administracji samorządowej
 - osoba pracująca w MMŚP (*przedsiębiorstwo do 250 pracowników*)
 - osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie (*przedsiębiorstwo powyżej 250 pracowników*)
 - inne

Wykonywany zawód

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytut. syst. wsparcia rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- Inny

Zatrudniony w:

(nazwa miejsca pracy)

.....
 „nie dotyczy” w przypadku wykonywanego zawodu Rolnik

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- TAK NIE Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

(1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) ; 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.)

- TAK NIE

Osoba z niepełnosprawnościami

(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności musi być wydane przez organ do tego upoważniony)

- TAK NIE Odmowa podania informacji

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- TAK NIE Odmowa podania informacji

.....
data rozpoczęcia udziału w projekcie

.....
czytelny podpis



KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY JAKOŚCI ŻYCIA (DODATKOWE¹):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

1. Jestem matką samotnie oczekującą na dziecko i/lub opiekunem prawnym samotnie wychowującym dziecko; gdzie za osobą samotnie oczekującą na dziecko/wychowującą dzieci uważa się jednego z rodziców albo opiekuna prawnego, jeżeli os. ta jest:

- panną, kawalerem,
- wdową, wdowcem,
- rozwódką, rozwodnikiem albo

os., w stosunku do której orzeczono separację w rozumieniu odrębnych przepisów i samotnie oczekuje na dziecko/wychowuje dziecko.

TAK

NIE

2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, to jest:

A. 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 lub uczniem/dzieckiem z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.),

TAK

NIE

B. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

TAK

NIE

C. Jestem osobą, o której mowa w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, to jest osobą która:

- przebywa w pieczy zastępczej
- opuszcza pieczę zastępczą
- jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych,

TAK

NIE

D. Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2016, poz. 1654, z późn. zm.),

TAK

NIE

E. Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w Ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz.U. 2016, poz. 1943, z późn. zm.);

TAK

NIE

¹ Spełnienie tych kryteriów nie jest konieczne do możliwości wzięcia udziału w projekcie.

<p>F. Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością,</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>G. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>H. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>I. Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, to jest:</p>	
<p>a) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p>	
<p>b) uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,</p>	
<p>c) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,</p>	
<p>d) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,</p>	
<p>e) zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p>	
<p>f) uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p>	
<p>g) osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>J. Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, to jest:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, • długotrwałej lub ciężkiej choroby, alkoholizmu lub narkomanii, • 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 2013r. o cudzoziemcach, • trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, • zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, • klęski żywiołowej lub ekologicznej, 	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>K. Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis



I. .OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU:

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień **Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie** pt. **"Koordynowane i kompleksowe wsparcie rodziny w zakresie poradnictwa specjalistycznego, profilaktyki, diagnostyki i niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2 – edycja 2"** współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020);
- ✓ **nie korzystałem/am, nie korzystam w chwili obecnej, ani nie zamierzam skorzystać** z tego samego rodzaju wsparcia w różnych projektach w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego pn. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”;
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Lidera Projektu Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu oraz Partnera - "FEMMINA Centrum Medyczne Mączka Pasternok Ziętek" Spółka Partnerska dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. **"Koordynowane i kompleksowe wsparcie rodziny w zakresie poradnictwa specjalistycznego, profilaktyki, diagnostyki i niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2 – edycja 2"**
- ✓ zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji do 4. tygodni od daty zakończenia udziału w projekcie;
- ✓ zobowiązuje się do udziału w możliwym badaniu ewaluacyjnym;
- ✓ zobowiązuję się do wypełnienia ankiety, która mierzy satysfakcję uczestnika, po zakończeniu udziału w Projekcie;
- ✓ zobowiązuję się do wypełnienia kwestionariusza, który mierzy wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS uczestnika projektu, który zakończy udział w Projekcie – *dotyczy wyłącznie uczestników zakwalifikowanych do grupy zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.*

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu



II. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „*Koordynowane i kompleksowe wsparcie rodziny w zakresie poradnictwa specjalistycznego, profilaktyki, diagnostyki i niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2 – edycja 2*”, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych jest Minister Inwestycji i Rozwoju, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 jest Marszałek Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego,
- 3) Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i 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. U. UE. L. 2016.119.1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020:

- a) art. 54 ust. 2, art. 59 ust. 1, art. 65, art. 74 ust 1 i 3, art. 115, art. 122, art. 125 ust. 2. lit d), oraz art. 125 ust 4 lit a), art. 125 ust 5 i 6 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 oraz jego załącznikiem XIII (Kryteria desygnacji) - punkt 3.A.iv;
- b) art. 5 oraz art. 19 ust. 4 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 wraz z załącznikiem I i II do tego rozporządzenia;
- c) art. 9 ust. 2, art. 22, 23, 24 i 26 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1431.);

W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 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 uchylającego Rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;

- c) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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;
- d) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1431.);
- 4) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Koordynowane i kompleksowe wsparcie rodziny w zakresie poradnictwa specjalistycznego, profilaktyki, diagnostyki i niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2 – edycja 2**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 (RPO WO);
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Opolskiego z siedzibą w Opolu 45-082, ul. Piastowska 14, beneficjentowi realizującemu projekt: Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, 45-066 Opole, ul. Reymonta, Partnerowi - "FEMMINA Centrum Medyczne Mączka Pasternok Ziętek" 45-404 Opole, ul. Aleja "SOLIDARNOSCI" 26 Spółka Partnerska oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub innego podmiotu który zawarł porozumienie z Powierzającym lub Instytucją Zarządzającą na realizację ewaluacji. Moje dane osobowe mogą zostać również udostępnione specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego lub Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach RPO WO;
- 6) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 7) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;**
- 8) 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;
- ~~9) W ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności gospodarczej przekażę informację o liczbie utworzonych miejscach pracy;~~
- 10) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl oraz iod@opolskie.pl lub iod@ginekologia.opole.pl;

Dodatkowo w zakresie przetwarzania danych osobowych na podstawie 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. U. UE. L. 2016.119.1) mam prawo do:

- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- żądania od administratora dostępu do danych osobowych w zakresie danych dotyczących składającego niniejsze oświadczenie w tym ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- do przeniesienia danych osobowych.

.....
miejscość, data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu
w przypadku osoby małoletniej podpis prawnego opiekuna