



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



ZAŁĄCZNIK NR 1b

do Regulaminu Uczestnictwa w Projekcie **Seniorzy w Gminie Piaski**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt **SENIORZY W GMINIE PIASKI** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Działanie 8.5 Usługi społeczne, Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej. Nr Projektu: FELU.08.05-IZ.00-0039/24

Realizator projektu: **Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Dolina Giełczwi”**, Bystrzejowice
Drugie 15, 21-050 Piaski, tel. 81 52 53 012, biuro@dolinagielczwi.org

Informacja o dostępności usług wspierających:

W ramach projektu istnieje możliwość skorzystania z usług dostępowych, takich jak: tłumacz języka migowego, asystent osoby z niepełnosprawnością. Jeśli potrzebują Państwo dodatkowego wsparcia w zakresie dostępności, prosimy o kontakt z organizatorem.

I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....



Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej*:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐
2. dysfunkcja narządu wzroku ☐
3. zaburzenia psychiczne ☐
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐

W jakich czynnościach w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej **Tak** ☐ /**Nie** ☐
2. prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie **Tak** ☐ /**Nie** ☐
3. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania **Tak** ☐ /**Nie** ☐
4. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak** ☐ /**Nie** ☐

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun prawny/członek rodziny/opiekun osoby niepełnosprawnej, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

.....

.....

* do Formularza zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności.



II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej**:

☐ **dzienna**, miejsce wraz z adresem

.....

☐ w godzinach

.....

☐ **całodobowa**, miejsce wraz z adresem

.....

☐ w dniach

.....

III. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła, za uprzednią zgodą Realizatora projektu, w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością albo innym miejscu wskazanym przez Pana(ią) lub Realizatora projektu, usług opieki wytchnieniowej?

Tak ☐ /Nie ☐

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że osoba z niepełnosprawnością w związku z opieką nad którą, ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie traktowane na równi do orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn. zm.
2. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie SENIORZY W GMINIE PIASKI współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
3. Zostałam/Zostałem poinformowana/y, że projekt SENIORZY W GMINIE PIASKI jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
4. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
5. Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/uprawniony do uczestnictwa w nim.



6. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opieki wytchnieniowej oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez Realizatora projektu, świadczonych usług opieki wytchnieniowej. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
7. W przypadku wskazania w dziale III niniejszego Formularza zgłoszeniowego osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej, oświadczam, że osoba ta przygotowana jest do świadczenia usług opieki wytchnieniowej.
8. Zostałam/Zostałem poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
9. Uprzedzona/ uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora projektu na potrzeby rekrutacji.
11. Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/ny, iż:
 - a) Administratorem moich danych osobowych jest Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Dolina Giełczwi”, Bystrzejowice Drugie 15, 21-050 Piaski.
 - b) Moje dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z projektem,
 - c) w szczególności z przeprowadzeniem procesu rekrutacji.
 - d) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji, a tym samym udziału w projekcie.
 - e) Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia.
12. Ponadto:
☐ Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie i wykorzystanie mojego wizerunku dla potrzeb realizacji projektu SENIORZY W GMINIE PIASKI.
☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r, poz. 1781) oraz 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 (RODO).

Miejscowość, data

.....
Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie