



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu



NASZE
ZAODRZE

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Beneficjent	Związek Lubuskich Organizacji Pozarządowych
Partner	Spółdzielnia Socjalna „NASZE ZAODRZE”
Tytuł projektu	Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza
Numer projektu	FELB.06.13-IZ.00-0026/24

	Lp.	nazwa	<i>proszę <u>czytelnie</u> wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X</i>																
DANE OSOBOWE	1	imię																	
	2	nazwisko																	
	3	płeć	kobieta																
			mężczyzna																
	4	PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
	5	wykształcenie	niższe niż podstawowe																
			podstawowe																
			gimnazjalne																
			ponadgimnazjalne																
policealne																			
wyższe																			
	6	województwo	lubuskie																
	7	powiat																	
	8	gmina																	



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu



NASZE
ZAODRZE

DANE KONTAKTOWE	9	miejsowość	
	10	ulica	
	11	nr budynku	
	12	nr lokalu	
	13	kod pocztowy	
	14	telefon kontaktowy	
	15	adres e-mail	



Lp.	nazwa	proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X		
DANE dot. STATUSU NA RYNKU PRACY	16	osoba bezrobotna	niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
			zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
		osoba bierna zawodowo		
		osoba pracująca, w tym:		
		pracująca:	w administracji rządowej	
			w administracji samorządowej	
			w MMŚP	
			w dużym przedsiębiorstwie	
			w organizacji pozarządowej	
		prowadząca działalność na własny rachunek		
	inne			
	17	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 instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej				
pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej				
pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej				
rolnik				
inne				
18	miejsce zatrudnienia (nazwa pracodawcy i miejscowość)			



Lp.	nazwa	proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X		
DANE DODATKOWE	status uczestnika / uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	tak	
			nie	
		migrant	tak	
			nie	
		osoba obcego pochodzenia	tak	
			nie	
		osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak	
			nie	
		stopień niepełnosprawności	lekki	
			umiarkowany	
			znaczny	
		osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub złożoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Probleatów Zdrowotnych	tak	
			nie	
		dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	tak	
			nie	
		osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przestanek	tak	
nie				



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu



NASZE
ZAODRZE

miejsowość, data

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego uczestnika /czki projektu

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja niżej podpisany

.....
zam.....

Oświadczam, że jako uczestnik Projektu/opiekun prawny uczestnika Projektu „Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza”, realizowanego przez Związek Lubuskich Organizacji Pozarządowych w partnerstwie ze Spółdzielnią Socjalną NASZE ZAODRZE, **wskazuję na asystenta Pana/Panią** (Imię i Nazwisko)

.....
zam.....

tel. kontaktowy.....

Jednocześnie oświadczam, że :

- 1) wskazany asystent **nie jest członkiem rodziny** uczestnika Projektu, na potrzeby realizacji którego, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka , zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Projektu oraz oświadczam, że nie zamieszkuje on z uczestnikiem projektu;
- 2) oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent **jest przygotowany** do realizacji wobec mnie /Uczestnika Programu usług asystencji osobistej.
- 3) Oświadczam, iż o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np.: utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, poinformuję niezwłocznie tj. **nie później niż w terminie 7 od dnia nastąpienia zmiany*** .

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Projektu „Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza.”

Uwaga: Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu :

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej:

- a) ubieranie ☐;
- b) korzystanie z toalety ☐;
- c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐;
- d) czesanie ☐;
- e) golenie ☐;
- f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐;
- g) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐;
- h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐;
- i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐;
- j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐;
- k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) ☐;
- l) stanie łóżka i zmiana pościeli ☐.

2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:

- a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;

- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐;
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.

3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:

- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐.



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu



NASZE
ZAODRZE

- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐;
 - f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.
- 4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐;
 - b) wyjście na spacer ☐;
 - c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐;
 - d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ☐;
 - e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐;
 - f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐;
 - g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐;
 - h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. ☐;
 - i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐;
 - j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐.

Miejscowość, dnia

Podpis Asystenta

Podpis Uczestnika Projektu/Opiekuna prawnego



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU

imię i nazwisko:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza*” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa oraz Zarząd Województwa Lubuskiego z siedzibą przy ul. Podgórznej 7, 65-057 Zielona Góra
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) nr 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) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego –Lubuskie 2020 w odniesieniu do zbioru pn. Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych na podstawie:
 - a. 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,
 - 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. 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. ustanawiającego 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 „*Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza*” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi i partnerowi realizującym projekt - **Związek Lubuskich Organizacji Pozarządowych i Spółdzielnia Socjalna „NASZE ZAODRZE”** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu pn. „*Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza*”
5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone mogą być powierzane lub udostępniane:
 - podmiotom, którym zlecono wykonywanie zadań w programie Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021 - 2027,



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu



NASZE
ZAODRZE

- organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych,
 - podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.
6. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
 7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: IODO@lubuskie.pl lub IOD@mfi.pr.gov.pl.
 11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

miejsowość, data

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego uczestnika /czki projektu

SZCZEGÓŁY WSPARCIA <i>wypełnia Beneficjent</i>		data	podpis pracownika Beneficjenta
1	rozpoczęcie udziału w projekcie		
2	zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką wsparcia		
3	przerwanie udziału w projekcie		
4	powód przerwania udziału w projekcie		