

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Tekst jednolity od dnia 25 czerwca 2020 roku

„Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”

Niniejszy regulamin określa warunki uczestnictwa i proces rekrutacji do projektu „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 w ramach osi priorytetowej IX Włączenie społeczne dla Działania: 9.2. – Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6 – Rozwój usług zdrowotnych - konkurs. Numer umowy dofinansowania UDA-RPSL.09.02.6-24-05ED/18-00.

Definicje

§ 1

- 1) **Projekt** – oznacza przedsięwzięcie pn. „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla osi priorytetowej: IX. Włączenie społeczne dla działania: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.
Nr umowy UDA-RPSL.09.02.06-24-05ED/18-00.
- 2) **Beneficjent** – GSU Pomoc Górniczy Klub Ubezpieczonych S.A., ul. Jana Pawła II 2, 44-100 Gliwice
- 3) **Uczestnik Projektu (Osoba Niesamodzielna)** oznacza osobę, która:
 - a) spełnia kryteria grupy docelowej: pełnoletnia osoba mieszkająca, przebywająca lub pracująca na terenie województwa śląskiego, kwalifikująca się do objęcia projektem zgodnie z kryteriami zawartymi w niniejszym Regulaminie oraz Regulaminie konkursu w ramach poddziałania 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych RPO WSL 2014-2020, tzn. osoby wykluczone lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
 - b) podpisała wszystkie dokumenty rekrutacyjne, udostępniła dane osobowe oraz wypełniła formularz rekrutacyjny,
 - c) została zakwalifikowana do udziału w projekcie w oparciu o niniejszy Regulamin i zatwierdzoną przez Beneficjenta listę.
- 4) **Opiekun Formalny Uczestnika Projektu(Osoby Niesamodzielnej)** – osoba lub będące Opiekunami faktycznymi wg poniżej podanych definicji: stanowiąca Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
 - a) **Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** – oznacza to zgodnie z Wytycznymi w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Za otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym można uznać wszystkie osoby, których udział w Projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
 - b) **Opiekun faktyczny** - jest to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

- 5) **Uczestnik** – Uczestnik Projektu, Opiekun Faktyczny Uczestnika Projektu
- 6) **Kandydat** – osoba zgłaszająca chęć udziału w Projekcie, jako Uczestnik Projektu, Opiekun Faktyczny Uczestnika Projektu.
- 7) **Biuro Projektu:** z siedzibą w Poradni GSU-Zdrowie, ul. Tunkla 112 a, pokój nr 14 1 piętro, czynne w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, tel.: 32 724 28 78.

Informacje o projekcie

§ 2

1. Projekt będzie realizowany przez GSU Pomoc Górniczy Klub Ubezpieczonych S.A., Poradnię GSU Zdrowie z siedzibą w Rudzie Śląskiej ul. Tunkla 112 a.
 2. Udział w projekcie jest całkowicie bezpłatny.
 3. Projekt będzie realizowany w okresie od 01.09.2019 r.- 2021-11-29
 4. Rekrutacja do projektu odbywać się będzie w okresie od II poł. września 2019 r. do 30.11.2020 r. w sposób ciągły do wyłonienia 60 osób niesamodzielnymi oraz 15 osób będących ich opiekunami faktycznymi. Informacje dotyczące rekrutacji umieszczone zostaną na stronach internetowych : www.gsupomoc.pl oraz www.gsu-zdrowie.pl. będą dostępne również w Biurze Projektu.
 5. Projekt polega na kompleksowym świadczeniu usług zdrowotnych w formule ambulatoryjnej i środowiskowej, bazującej na modelu Kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Jest skierowany do 60 osób niesamodzielnymi (Kandydatów do projektu) zwłaszcza osób niepełnosprawnych oraz zagrożonych ubóstwem i wielokrotnym wykluczeniem społecznym, mieszkających, uczących się lub pracujących na terenie województwa śląskiego oraz 15 opiekunów faktycznych tych osób. Zakres wsparcia przewiduje zintegrowaną medyczną opiekę ambulatoryjną i domową (pielęgniarstwa, lekarską i fizjoterapeutyczną) wraz ze wsparciem psychologa i dietetyka przez okres maksymalnie 12 miesięcy dla każdego uczestnika projektu oraz stały monitoring pacjenta i jego edukację w zakresie postępowania prewencyjnego.
 6. Beneficjent przewiduje zapewnienie wsparcia na okres maksymalnie 12 miesięcy. Za datę rozpoczęcia wsparcia uznaje się datę podpisania umowy wsparcia w dniu pierwszej wizyty lekarza i pielęgniarki.
- O rodzaju przyznanego wsparcia oraz ostatecznej dacie zakończenia wsparcia zarówno dla uczestników projektu jak i opiekunów faktycznych uczestników projektu decyduje Beneficjent.

Zakres wsparcia oferowanego w ramach projektu

§ 3

1. W ramach projektu realizowane będzie indywidualnie wsparcie (maksymalnie na okres 12 miesięcy) realizowane w oparciu o Indywidualny Plan Opieki i leczenia dla chorych z niewydolnością serca.
Wsparcie polegać będzie na ocenie i opiece nad uczestnikiem projektu realizowanych przez zespół w składzie: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk , psycholog.
Wsparcie realizowane będzie na terenie Poradni GSU-Zdrowie w Rudzie Śląskiej, ul. Tunkla 112 a, 41-707 Ruda Śląska, w miejscu zamieszkania uczestników projektu (wstępna ocena w środowisku zamieszkania pacjenta), uczestnicy zostaną także objęci telemonitoringiem (kontakt telefoniczny, kontakt za pomocą programu Skype).
2. Wsparciem objętych zostanie łącznie 75 osób zamieszkujących, uczących się lub pracujących na terenie województwa śląskiego , w tym 60 osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym o statusie osób niesamodzielnymi oraz ich 15 opiekunów faktycznych.
3. Dane osobowe pozyskane w procesie rekrutacji przetwarzane będą wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności , udzielania wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-

promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (podstawa prawna ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych).

Warunki uczestnictwa w projekcie

§ 4

1. Uczestnikami uprawnionymi do udziału w projekcie są osoby niesamodzielne, pełnoletnie i niepełnosprawne oraz zagrożone ubóstwem i wielokrotnym wykluczeniem społecznym wraz z opiekunami faktycznymi, mieszkające, uczące się lub pracujące na terenie województwa śląskiego. Preferowany jest udział mężczyzn jako osób korzystających z usług medycznych oraz kobiet jako opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych oraz :

- osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek zgodnie z definicją osoby lub rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem w Regulaminie Konkursu nr RPSL.09.02.06-IZ.01-24-268/18 w ramach RPO województwa śląskiego na lata 2014-2020(dostępny na : <https://rpo.slaskie.pl/>) ,

-osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,

- osób lub rodzin korzystających z PO PŻ pod warunkiem że zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

2. Podstawą udziału w projekcie będzie wypełnienie formularza zgłoszeniowego wraz z oświadczeniami i zaświadczeniami (jeśli dotyczą) oraz przedstawienie zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia(zdiagnozowana niewydolność serca zgodnie z określonymi kryteriami).

3. Kryteria włączenia:

- Niewydolność serca w klasie NYHA I- III:
 - w przebiegu choroby niedokrwiennej serca,
 - niewydolność pozawałowa,
 - kardiomiopatia rozstrzeniowa (np. pozapalna, poalkoholowa(tylko w przypadku obecnej abstynencji).

4. Kryteria wyłączenia:

- Niewydolność serca w klasie NYHA IV
 - w przebiegu wad zastawkowych,
 - w przebiegu zaburzeń rytmu serca (np. kardiomiopatia tachyarytmiczna),
 - kardiomiopatia przerostowa,
 - kardiomiopatia restrykcyjna ,
 - w przebiegu uszkodzenia toksycznego(np. po chemioterapii, zatruciu substancjami psychoaktywnymi),
 - w przebiegu niewydolności nerek.

Procedura rekrutacji

§ 5

1. Przebieg rekrutacji do udziału w projekcie będzie obejmował następujące etapy:

a) akcja informacyjno–promocyjna;

b) przyjmowanie dokumentów zgłoszeniowych określonych w niniejszym Regulaminie w terminach wskazanych na stronach internetowych: www.gsupomoc.pl oraz www.gsu-zdrowie.pl.

Dokumenty rekrutacyjne dostępne będą do pobrania w Biurze Projektu w wersji papierowej, jak również na stronach informacyjnych Beneficjenta www.gsupomoc.pl; www.gsu-zdrowie.pl w wersji elektronicznej.

- Formularz rekrutacyjny Osoby Niesamodzielnej- zgodnie z załącznikiem nr 1 Regulaminu

- Formularz rekrutacyjny Opiekuna Osoby Niesamodzielnej(jeśli dotyczy)- zgodnie z załącznikiem nr 2 Regulaminu
- Zaświadczenie lekarskie określające stan zdrowia uczestnika projektu z rozpoznaniem niewydolności serca - zgodnie z załącznikiem nr 3 Regulaminu
- Oświadczenie Uczestnika Projektu – zgodnie z załącznikiem nr 4 Regulaminu
- Oświadczenie o spełnieniu kryterium kwalifikowalności do udziału w projekcie- zgodnie z załącznikiem nr 5 Regulaminu
- Kopia wypisu ze szpitala lub skierowanie od lekarza z rozpoznaną niewydolnością serca wg klasyfikacji ICD
- Inne zaświadczenia lub oświadczenia (jeśli są wymagane) - kopia dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność(orzeczenie).

I etap rekrutacji: selekcja formalna- miejsce zamieszkania, przebywania , pracy województwo śląskie, status osoby niesamodzielnej z niewydolnością serca zgodnie określonymi kryteriami włączenia, status opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej(jeśli dotyczy). Spełnienie kryteriów formalnych 1 pkt- spełnia, 0 pkt - nie spełnia.

II etap rekrutacji: Selekcja kandydatów : (nie dotyczy rekrutacji ciągłej)

a. mężczyzna - osoba niesamodzielna korzystająca z usług medycznych+**3pkt**,

b. kobieta jako opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej + **3 pkt**,

c. wiek osoby niesamodzielnej powyżej 65 r.ż. + **3 pkt**,

d. osoba z niepełnosprawnościami +**3pkt**, a w przypadku osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi +**6pkt**, (wymagane przedłożenie kopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność),

e. osoba niesamodzielna + **3 pkt**,

f. status opiekuna os. niesamodzielnej(os. bezrobotna lub bierna zawodowo)+**3 pkt**(wymagane złożenie oświadczenia o statusie).

g. pobyt szpitalny - data wypisu maksymalnie 1 miesiąc przed datą rekrutacji + **5pkt**.

2. Rekrutacja odbędzie się na zasadach i warunkach przestrzegania równości szans w tym równości płci.

3. Informacja o naborze do udziału w projekcie będzie zamieszczona na stronach internetowych www.gsupomoc.pl; www.gsu-zdrowie.pl .

4. Nie wyklucza się możliwości udziału w projekcie i przyznania wsparcia jeśli Kandydat był objęty podobnym wsparciem przez Beneficjenta w innych realizowanych przez niego projektach.

Uprawnienia i obowiązki Uczestników Projektu

§ 6

1.Każdy uczestnik ma prawo do:

- bezpłatnych usług realizowanych w ramach zadań projektu(maksymalnie do 12 miesięcy) ,
- uzyskania rzetelnej informacji o zasadach udziału w projekcie,
- zgłaszania do biura projektu wszelkich uwag dotyczących sposobu realizacjo projektu.

2.Każdy uczestnik ma obowiązek:

- złożenia kompletnych dokumentów rekrutacyjnych do projektu, a także wypełnienia wszelkich dokumentów służących bezpośrednio monitoringowi, kontroli i ewaluacji projektu,

- podpisania umowy(zgodnie z załącznikiem nr 6 oraz załącznikiem nr 7 (jeśli dotyczy) niniejszego regulaminu o świadczenie kompleksowej usługi z Beneficjentem wraz z załącznikami warunkującej udział w projekcie najpóźniej w pierwszym dniu otrzymania wsparcia(przy czym za pierwszy dzień otrzymania wsparcia uważa się pierwszą wizytę lekarza oraz pielęgniarki dokonujących kompleksowej oceny stanu zdrowia Uczestnika Projektu),
- natychmiastowego poinformowania Beneficjenta o wszelkich zdarzeniach mogących zakłócić uczestnictwo w projekcie.

Zasady rezygnacji z udziału w projekcie

§ 8

1. W trakcie realizacji projektu dopuszczalna jest rezygnacja uczestnika z udziału w projekcie, ale wymaga to usprawiedliwienia w formie pisemnego oświadczenia o przyczynie rezygnacji oraz przedłożenia dokumentów potwierdzających wystąpienie zdarzenia (np. wypis szpitalny, zaświadczenie o umieszczeniu w placówce opieki itp.),
2. Beneficjent ma prawo dochodzić roszczeń na drodze cywilnej w przypadku nie złożenia oświadczenia o przyczynie rezygnacji.
3. Beneficjent posiada prawo do skreślenia uczestnika z listy uczestników w przypadku naruszenia przez niego niniejszego Regulaminu lub zawartej z Uczestnikiem Projektu umowy.
4. Każdy Uczestnik Projektu jest zobowiązany do zwrotu kosztów swojego uczestnictwa w Projekcie, jeżeli po zaakceptowaniu złożonej dokumentacji rekrutacyjnej Uczestnik bez uzasadnionej obiektywnie przyczyny zrezygnuje z uczestnictwa w Projekcie.

Zasady wykluczenia z udziału w projekcie

§ 9

Zasady wykluczenia z uczestnictwa w Projekcie:

1. Uczestnik podlega wykluczeniu z uczestnictwa w Projekcie (skreśleniu z listy Uczestników) w przypadku:
 - a. naruszenia postanowień niniejszego Regulaminu,
 - b. podania fałszywych informacji w dokumentacji projektowej,
 - c. nieprzestrzegania zasad uczestnictwa zawartych w Umowie uczestnictwa.
2. Decyzję o ewentualnym wykluczeniu z uczestnictwa w Projekcie podejmuje Beneficjent.

Zasady monitoringu i kontroli

§ 10

1. Każdy Uczestnik Projektu podlega procesowi kontroli i ewaluacji oraz zobowiązany jest do udzielenia informacji na temat realizacji projektu osobom i instytucjom zewnętrznym upoważnionym do przeprowadzenia kontroli.

Postanowienia końcowe

§ 11

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i obowiązuje przez czas trwania Projektu.
2. Beneficjent zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu szczególnie w przypadku, jeżeli zmianie ulegną warunki umowy o dofinansowanie Projektu.
3. Zmieniony Regulamin będzie każdorazowo publikowany na stronach internetowych Beneficjenta : www.gsupomoc.pl oraz www.gsu-zdrowie.pl .

4. Wszelkie sprawy związane z interpretacją Regulaminu rozstrzygane będą przez Beneficjenta.

Załączniki do niniejszego regulaminu:

Załącznik nr 1- Formularz rekrutacyjny Osoby Niesamodzielnej

Załącznik nr 2 -Formularz rekrutacyjny Opiekuna Osoby Niesamodzielnej(jeśli dotyczy)

Załącznik nr 3- Zaświadczenie lekarskie

Załącznik nr 4- Oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych

Załącznik nr 5- Oświadczenie o spełnieniu kryterium kwalifikowalności do udziału w projekcie

Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

Tytuł projektu	„ Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca ”
Nr umowy	UDA-RPSL.09.02.06-24-05ED/18-00
Oś priorytetowa	IX. Włączenie społeczne
Działanie	9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie	9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs
Beneficjent	GSU POMOC GÓRNICZY KLUB UBEZPIECZONYCH S.A. Ul. Jana Pawła II 2, 44-100 Gliwice

Proszę zakreślić odpowiedź znakiem **x** oraz wpisać wymagane informacje w oznaczonych polach.

Dane osobowe:

Imię i nazwisko : _____

Data urodzenia : __/__/____ **Wiek (w latach) :** ____

PESEL:

Adres zamieszkania :

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: ____ - _____

Ulica: _____ **Nr budynku:** _____ **Nr mieszkania:** _____

Kraj: _____, **Województwo:** _____, **Powiat:** _____

Telefon : _____ **e-mail:** _____

Płeć

kobieta mężczyzna

Wykształcenie:

- niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)
- podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)
- gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)
- ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe)
- policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
- wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

Status osoby na rynku pracy w chwili wypełniania formularza:

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,
w tym osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,
w tym osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bierna zawodowo,
W tym Osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu

Osoba ucząca się

Inne

Osoba pracująca to

W tym pracująca w administracji rządowej

- pracująca w administracji samorządowej
- pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- pracująca w MMSP
- pracująca w organizacji pozarządowej
- prowadząca działalność na własny rachunek
- inne

Wykonywany zawód: _____

Miejsce pracy: _____
(nazwa i adres siedziby)

Status szczególny uczestnika projektu (dane wrażliwe)

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

tak nie odmawiam podania danych

2. Osoba z niepełnosprawnościami

tak nie odmawiam podania danych

(osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z. 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

tak nie odmawiam podania danych

4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)

tak nie odmawiam podania danych

Sytuacja domowa

Czy opiekuje się Panią/Panem osoba spokrewniona lub niespokrewniona?

tak _____
(Imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

nie

Oświadczenia kandydata/ki do projektu

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

Moim miejscem zamieszkania/pobierania nauki lub pracy jest

Deklaruję przynależność do jednej lub kilku wskazanych poniżej grup (zaznaczyć właściwą/właściwe):

osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

W tym: osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi

osoby z innym niż wskazane powyżej rodzajem niepełnosprawności

osoby niesamodzielne, tj. osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego w związku z czym załączam zaświadczenie od lekarza oraz odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w związku z czym załączam zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca” i deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.

Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym – Osoba Niesamodzielna są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

W przypadku wskazania statusu osoby z niepełnosprawnością załącznikiem do Formularza Rekrutacyjnego – Osoba Niesamodzielna jest orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność.

(miejsowość, data)

(podpis)

Wymagane załączniki:

- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia
- Inne wymagane zgodnie z Regulaminem projektu dokumenty (jeśli dotyczą)

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Data przyjęcia formularza: _____ Godzina: _____

podpis osoby przyjmującej

*wszystkie druki dostępne są na stronach internetowych www.gsupomoc.pl i www.gsu-zdrowie.pl oraz w Poradni GSU Zdrowie w Rudzie Śląskiej ul. Ks. Ludwika Tunkla 112 a

Załącznik nr 2 do Regulaminu projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

Tytuł projektu	„Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”
Nr umowy	UDA-RPSL.09.02.06-24-05ED/18-00
Oś priorytetowa	IX. Włączenie społeczne
Działanie	9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie	9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs
Beneficjent	GSU POMOC GÓRNICZY KLUB UBEZPIECZONYCH S.A. ul. Jana Pawła II 2, 44-100 Gliwice

Proszę zakreślić odpowiedź znakiem **x** oraz wpisać wymagane informacje w oznaczonych polach.

Dane osobowe:

Imię i nazwisko : _____

Data urodzenia : __/__/____ **Wiek (w latach) :** ____

PESEL:

Adres zamieszkania :

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: ____ - _____

Ulica: _____ **Nr budynku:** _____ **Nr mieszkania:** _____

Kraj: _____, **Województwo:** _____, **Powiat:** _____

Telefon : _____ **e-mail:** _____

Płeć

kobieta mężczyzna

Wykształcenie:

- niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)
- podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)
- gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)
- ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe)
- policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
- wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

Status osoby na rynku pracy w chwili wypełniania formularza:

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy, w tym osoba długotrwale bezrobotna
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy, w tym osoba długotrwale bezrobotna
- Osoba bierna zawodowo,
W tym Osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu
- Osoba ucząca się
- Inne

Osoba pracująca to

W tym pracująca w administracji rządowej

- pracująca w administracji samorządowej
- pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- pracująca w MMSP
- pracująca w organizacji pozarządowej
- prowadząca działalność na własny rachunek
- inne

Wykonywany zawód: _____

Miejsce pracy: _____
(nazwa i adres siedziby)

Status szczególny uczestnika projektu (dane wrażliwe)

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

tak nie odmawiam podania danych

2. Osoba z niepełnosprawnościami

tak nie odmawiam podania danych

(osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z. 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

tak nie odmawiam podania danych

4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)

tak nie odmawiam podania danych

Sytuacja domowa

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej, nad którą Pan/Pani sprawuje opiekę :

Czy opiekując się osobą z rodziny w związku z ograniczonymi możliwościami wykonywania przez nią czynności dnia codziennego, musiał/a zrezygnować Pan/Pani z pracy lub nauki?

tak nie

Oświadczenia kandydata/ki do projektu

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

Moim miejscem zamieszkania/pobierania nauki lub pracy jest:

Deklaruję przynależność do jednej lub kilku wskazanych poniżej grup (zaznaczyć właściwą/właściwe):

osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

W tym: osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi

osoby z innym niż wskazane powyżej rodzajem niepełnosprawności

osoby niesamodzielne, tj. osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego w związku z czym załączam zaświadczenie od lekarza oraz odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w związku z czym załączam zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

*Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca” i deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.

*Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

*Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

*Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych

*Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym – Osoba Niesamodzielna są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

*W przypadku wskazania statusu osoby z niepełnosprawnością załącznikiem do Formularza Rekrutacyjnego – Opiekun Osoby Niesamodzielnej jest orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność, a w przypadku osoby bezrobotnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy – zaświadczenie z PUP.

_____ (miejscowość, data)

_____ (czytelny podpis)

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Data przyjęcia formularza: _____ Godzina: _____

_____ podpis osoby przyjmującej

*wszystkie druki dostępne są na stronach internetowych www.gsupomoc.pl i www.gsu-zdrowie.pl oraz w Poradni GSU Zdrowie w Rudzie Śląskiej ul. Ks. Ludwika Tunkla 112 a



Załącznik nr 3 do Regulaminu projektu

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość: _____ Data _____

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

stanowi załącznik do formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie dofinansowanym z Funduszy Europejskich

„Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

PESEL: _____

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....
.....

2. Choroby współistniejące:

.....
.....
.....
.....

pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Załącznik nr 4 do Regulaminu projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”, DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu pod nazwą „**Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca**” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania

 - zachowania trwałości projektu

 - archiwizacji
 - badań i analiz.

Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz 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 – dalej: RODO), wynikający z:

art. 125 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 ustanawiające 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne; art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt:

GSU Pomoc Górniczy Klub Ubezpieczonych S.A.

z siedzibą w Gliwicach(44-100), ul. Jana Pawła II 2.

- 4) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.

- 5) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.

Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

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, potwierdzone stosownym dokumentem*.

W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*.

Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU***

*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

**W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik nr 5 do Regulaminu projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”, O POTWIERDZENIU SPEŁNIENIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

W związku z przystąpieniem do Projektu pod nazwą „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca” oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do projektu przedłożonym na etapie rekrutacji do projektu, w tym m.in. złożone oświadczenia i załączone zaświadczenia (jeśli dotyczą) są aktualne na moment rozpoczęcia udziału w projekcie.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie wskazane w Regulaminie projektu „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca”.

Oświadczam, że na etapie rekrutacji do projektu nie korzystam oraz że nie będę korzystał w trakcie uczestnictwa w w/w projekcie ze wsparcia w ramach usług zdrowotnych w innych projektach dofinansowanych z funduszy unijnych.

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość i data

Czytelny podpis uczestnika projektu