

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt „Rodziny w Centrum Zdrowia Psychicznego” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.25 Wsparcie usług zdrowotnych -konkursy współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

Realizator: Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne, ul. Bałuckiego, 30-318 Kraków

Tytuł projektu: „Rodziny w Centrum Zdrowia Psychicznego”,
Okres realizacji: 01.09.2025 – 31.08.2028, **umowa nr:** FEMP.06.25-IP.01-0202/25-00

Dane Uczestnika/czki

Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Wiek (lata ukończone)											
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe										
	ISCED 4 Policealne										
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne / Ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa)										
	ISCED 2 Gimnazjalne										
	ISCED 1 Podstawowe										
	ISCED 0 Brak										
Status na rynku pracy	Aktywny zawodowo		TAK ☐		NIE ☐		Bierny zawodowo/Bezrobotny				

Dane kontaktowe

Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość	Tereny OSI: z gmin Dobra, Kamienica, Łukowica, Mszana Dolna, Jodłownik, Laskowa, Niedźwiedź (zaznacz czy dotyczy)		TAK ☐ NIE ☐
Poczta			
Kod pocztowy			
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności		TAK ☐	NIE ☐
Jeżeli tak, wpisz jakie:			
Jestem osobą bezdomną lub pozbawioną dostępu do mieszkań:	TAK ☐	NIE ☐	
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych:	TAK ☐	NIE ☐	
Zamierzam korzystać ze zwrotu kosztów dojazdu:	TAK ☐	NIE ☐	
Jeżeli masz specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, które należy spełnić, aby zapewnić Ci pełne uczestnictwo w projekcie zgłoś je lub wpisz jakie?.....			

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym.

.....

data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu projektu pn. Rodziny w Centrum Zdrowia Psychicznego i w pełni je akceptuję.

.....
data i czytelny podpis

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu wsparcia usług zdrowotnych dofinansowanym ze środków EFS+, tj. nie jestem uczestnikiem/uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach FEM 2021–2027, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika/uczestniczki są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu dla uczestnika/uczestniczki projektu.

.....
data i czytelny podpis

Ja niżej podpisany/a zobowiązuję się do skorzystania z zaproponowanej dla mnie ścieżki wsparcia określonej w Diagnozie Sytuacji Społecznej.

.....
data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, tj. nazwiska i imienia, daty urodzenia, adresu zamieszkania lub pobytu, numeru PESEL, wykształcenia, nr telefonu, stanu zdrowia, statusie na rynku pracy przez Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychicznie, ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków.

Wyrażam zgodę oraz przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) dane te zbierane są w związku z moim uczestnictwem w projekcie „Rodziny w Centrum Zdrowia Psychicznego” realizowanym na podstawie umowy nr: FEMP.06.25-IP.01-0202/25-00 i są przetwarzane zgodnie z zasadami zawartymi w Rozporządzeniu 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, a ich administratorem jest Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne z siedzibą w Krakowie przy ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków;
- 2) Na podstawie art. 88 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021– 2027, każda z instytucji wskazanych w artykule pełni funkcję odrębnego administratora danych osobowych przetwarzanych w ramach FEM 2021-2027. Administrator może przetwarzać dane osobowe tylko w takim zakresie, jaki jest niezbędny do realizacji ciężących na nim zadań wynikających z rozporządzeń oraz ustawy wdrożeniowej. Obowiązek bezwzględnego przestrzegania zakresu oznacza, że przetwarzanie danych osobowych nadmiarowych lub nieadekwatnych do celu ich przetwarzania stanowi naruszenie obowiązujących przepisów RODO.
- 3) Zgodnie z punktem 2 dane, o których mowa powyżej będą przetwarzane przez:
 - a. Zarząd Województwa Małopolskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej,
 - b. Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości pełniące rolę Instytucji Pośredniczącej,
 - c. Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania tych informacji, prawie dostępu do treści swoich danych, możliwości ich poprawiania oraz o prawie żądania ich usunięcia ze zbioru danych.

Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE I OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI**w ramach projektu: „Rodziny w Centrum Zdrowia Psychicznego”****umowa nr: FEMP.06.25-IP.01-0202/25-00**

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Pesel:	

- 1) Deklaruję z własnej woli uczestnictwo w projekcie „**Rodziny w Centrum Zdrowia Psychicznego**” realizowanym przez Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne, z siedzibą przy ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków.
- 2) Oświadczam, że w dniu złożenia dokumentów aplikacyjnych spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie, tj.:
 - a) **jestem dorosłą osobą z zaburzeniami psychicznymi;**
 - b) **jestem dorosłą osobą z otoczenia osoby chorującej;**
 - c) **jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa małopolskiego;**
 - d) **jestem osobą zamieszkującą na Obszarze Strategicznej Interwencji (OSI) tj.: gmin: Dobra, Kamienica, Łukowica, Mszana Dolna, Jodłownik, Laskowa, Niedźwiedź**
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego wszystkie zapisy oraz zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.

.....

data i czytelny podpis