



## ZAŁĄCZNIK NR 1

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU I DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Tytuł projektu: „Mecenat dla seniorów i ich rodzin”

Nr projektu: FEMA.08.05-IP.01-04PJ/24

Priorytet: Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu

Działanie: Usługi społeczne i zdrowotne

Projekt finansowany przez Program Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

#### INFORMACJE PODSTAWOWE:

##### DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI:

|                                    |              |                      |                                                                           |
|------------------------------------|--------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| IMIĘ I NAZWISKO                    |              |                      |                                                                           |
| DATA I MIEJSCE<br>URODZENIA        |              |                      |                                                                           |
| PESEL                              |              | OBYWATELSTWO         |                                                                           |
| TELEFON<br>STACJONARNY             |              | TELEFON<br>KOMÓRKOWY |                                                                           |
| E-MAIL                             |              | PŁEĆ                 | <input type="checkbox"/> KOBIEȚA<br><input type="checkbox"/><br>MĘŻCZYŻNA |
| ADRES<br>ZAMIESZKANIA <sup>1</sup> | ULICA        |                      |                                                                           |
|                                    | NUMER DOMU   |                      |                                                                           |
|                                    | NUMER LOKALU |                      |                                                                           |
|                                    | KOD POCZTOWY |                      |                                                                           |
|                                    | MIEJSCOWOŚĆ  |                      |                                                                           |

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
|                                                                                               | GMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                          |
|                                                                                               | POWIAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                          |
|                                                                                               | WOJEWÓDZTWO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                          |
| OBSZAR-WYBRAĆ<br>ODPOWIEDNIE                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> |
| WYKSZTAŁCENIE-<br>WYBRAĆ<br>ODPOWIEDNIE                                                       | <input type="checkbox"/> NIŻSZE NIE PODSTAWOWE<br><input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ)<br><input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE SZKOŁY GIMNAZJALNEJ)<br><input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (WYKSZTAŁCENIE ŚREDNIE LUB ZASADNICZE ZAWODOWE)<br><input type="checkbox"/> POMATURALNE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE WYŻSZYM NIŻ NA POZIOMIE SZKOŁY ŚREDNIEJ, KTÓRE JEDNOCZEŚNIE NIE JEST WYKSZTAŁCENIEM WYŻSZYM)<br><input type="checkbox"/> WYŻSZE (PEŁNE I ZAKOŃCZONE WYKSZTAŁCENIE NA POZIOMIE WYŻSZYM) |  |                          |
| STATUS OSOBY NA<br>RYNKU PRACY NA<br>DZIEŃ PODPISANIA<br>FORMULARZA-<br>WYBRAĆ<br>ODPOWIEDNIE | <input type="checkbox"/> EMERYT/RENCISTA<br><input type="checkbox"/> ZATRUDNIONY<br><input type="checkbox"/> BEZROBOTNY<br><input type="checkbox"/> INNE (JAKIE? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                          |
| STATUS OSOBY -<br>WYBRAĆ<br>ODPOWIEDNIE                                                       | <input type="checkbox"/> OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ <sup>2</sup> LUB ETNICZNEJ <sup>3</sup> , IMIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> OSOBA BĘDĄCA OBYWATELEM KRAJU SPOZA UE, W TYM BEZPAŃSTWOWCY ZGODNIE Z KONWENCJĄ O STATUSIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                          |

<sup>2</sup> Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

<sup>3</sup> Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaïmską, łemkowską, romską, tatarską.

<sup>4</sup> Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>BEZPAŃSTWOWCÓW Z 1954 R. I OSOBY BEZ USTALONEGO OBYWATELSTWA</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA STATUS OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI<sup>5</sup></p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ W TYM BRAK OSOBY TRZECIEJ, KTÓRA ZAPEWNIŁABY POMOC W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (DALEJ: OSOBA SAMOTNA)</p> <p><input type="checkbox"/> OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## KRYTERIA DOPUSZCZAJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

|                                                                                                                                           |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| JESTEM OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA 60 ROK ŻYCIA                                                                                                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM MIESZKAŃCEM JEDNEJ Z NASTĘPUJĄCYCH GMIN: MAŁA WIEŚ, BODZANÓW, MIASTO PŁOCK                                                         | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBA POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU <sup>6</sup>                                                               | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBA, KTÓRA NIE OTRZYMUJE JEDNOCZEŚNIE TEGO SAMEGO RODZAJU WSPARCIA ZE ŚRODKÓW EFS+ W INNYM PROJEKCIE Z ZAKRESU USŁUG SPOŁECZNYCH | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

<sup>5</sup> Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia..

<sup>6</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie statusu należy dołączyć zaświadczenie od lekarza poświadczające stan zdrowia lub skalę Barthel

**KRYTERIA PUNKTOWANE – należy zaznaczyć właściwe:**

|                                                                                                           |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ<br>W STOPNIU ZNACZNYM <sup>7</sup>                                     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ<br>W STOPNIU UMIARKOWANYM <sup>8</sup>                                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SPRZĘŻONĄ <sup>9</sup>                                                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ <sup>10</sup>                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ Z CHOROBY PSYCHICZNYMI <sup>11</sup>                                                         | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ Z PROGRAMU FUNDUSZE<br>EUROPEJSKIE NA POMOC ŻYWNOŚCIOWĄ 2021-2027 <sup>12</sup> | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ SAMOTNĄ                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ, KTÓRA POSIADA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO <sup>13</sup>                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| JESTEM OSOBĄ POBIERAJĄCĄ MINIMALNĄ EMERYTURĘ NA<br>DZIEŃ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU <sup>14</sup>             | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

<sup>7</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy dołączyć kopię orzeczenia<sup>8</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy dołączyć kopię orzeczenia<sup>9</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy dołączyć kopię orzeczenia<sup>10</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy dołączyć kopię orzeczenia<sup>11</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy dołączyć dokumentację medyczną poświadczającą stan zdrowia lub dokument od lekarza<sup>12</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy dołączyć kopię zaświadczenia o przyznaniu pomocy żywnościowej<sup>13</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK” można wypełnić Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna faktycznego, stanowiący Załącznik nr 1.1<sup>14</sup> Jeśli odpowiedź jest „TAK”, to na potwierdzenie należy okazać dokument, z którego będzie wynikać wysokość pobieranej emerytury



## OŚWIADCZENIA I DEKLARACJA

Niniejszym deklaruję, że przystępuję do projektu pt. „Mecenat dla seniorów i ich rodzin”, nr FEMA.08.05-IP.01-04PJ/24, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 oraz oświadczam, że:

1. wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie;
2. spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie:
  - a) ukończyłam/-em 60. rok życia
  - b) potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
  - c) jestem mieszkańcem(\*zaznaczyć właściwe): gminy Mała Wieś / gminy Bodzanów / m. Płock,
  - d) nie korzystam jednocześnie z tego samego rodzaju wsparcia ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w innym projekcie z zakresu usług społecznych.
3. zostałam/-em poinformowana/-y o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027;
4. zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Deklaruję również przekazanie wymaganych danych osobowych oraz danych wymaganych do monitorowania kluczowych wskaźników oraz prowadzonej ewaluacji w projekcie.

.....

.....

Data i miejscowość

Podpis czytelny uczestnika  
/uczestniczki projektu



## KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „Mecenat dla seniorów i ich rodzin” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych są samodzielnie:

Dom Pomocy Społecznej "Mecenat" s.c. Małgorzata Alabrudzińska,  
Andrzej Alabrudziński z siedzibą przy ul. Maszewskiej 18, 09-400 Płock  
(Beneficjent projektu) oraz Fundacja „Mecenat” z siedzibą przy ul.  
Maszewskiej 18, 09-400 Płock (Partner projektu).

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) 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) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027 na podstawie:

- w odniesieniu do zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027:
  - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,
  - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013,



- ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079);

- w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013,

- ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1079).

3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. „Mecenat dla seniorów i ich rodzin”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027.

4. Dane osobowe zostaną udostępniane:

- Zarządowi Województwa Mazowieckiego dla zbioru Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027, będącemu Instytucją Zarządzającą dla Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–



2027 z siedzibą w Warszawie przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719  
Warszawa;

- ministrowi właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów i projektów współfinansowanych z Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
- Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostce Wdrażania Programów Unijnych, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa;
- podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta i Partnera uczestniczą w realizacji projektu: Fundacji Idealiści NIP 1182262314, zajmującej się rozliczeniem i sprawozdawczością projektu.

Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.

8. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

9. Kontakt z Administratorem w następujący sposób:

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Dom Pomocy Społecznej "Mecenat" s.c. Małgorzata Alabrudzińska, Andrzej



Alabrudziński (Beneficjent projektu) prosimy kontaktować się z Administratorem w następujący sposób: pocztą tradycyjną na adres: Małgorzata Alabrudzińska, ul. Maszewska 18, 09-400 Płock, elektronicznie: na adres e-mail: [malgorzataalabrudzinska@wp.pl](mailto:malgorzataalabrudzinska@wp.pl).

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Fundację „Mecenat” (Partnera projektu) prosimy kontaktować się z Administratorem w następujący sposób: pocztą tradycyjną na adres: Małgorzata Alabrudzińska, ul. Maszewska 18, 09-400 Płock, elektronicznie: na adres e-mail: [malgorzataalabrudzinska@wp.pl](mailto:malgorzataalabrudzinska@wp.pl)

10. Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Prawo żądania dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....

Data i miejscowość

.....

Podpis czytelny uczestnika /  
uczestniczki projektu