**Załącznik nr 1 – FORMULARZ APLIKACYJNY**

**I. Dane opiekuna faktycznego:**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………

Pesel:

Adres zamieszkania: ………………………………………………

Gmina: ………………………………………………

Numer kontaktowy: ………………………………………………

Adres e-mail: ………………………………………….

Płeć: kobieta mężczyzna

**II. Jestem opiekunem faktycznym Pana/i** ……………………….………………………………….……………………………..

**III. Dane osoby niesamodzielnej**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………

Pesel:

Adres zamieszkania: ………………………………………………

Gmina: ………………………………………………

Numer kontaktowy: ………………………………………………

Adres e-mail: ………………………………………….

Płeć: kobieta mężczyzna

**IV. Dane aplikacyjne opiekuna faktycznego**

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

zamieszkuję na terenie Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa (W skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa (Metropolia Krakowska) wchodzą następujące gminy: Kraków, Biskupice, Czernichów, Igołomia-Wawrzeńczyce, Kocmyrzów-Luborzyca, Liszki, Michałowice, Mogilany, Niepołomice, Skawina, Świątniki Górne, Wieliczka, Wielka Wieś, Zabierzów, Zielonki).

tak □ nie □

Jestem osobą pełnoletnią (*należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości*) i sprawuję opiekę nad osobą niesamodzielną z terenu MOF Krakowa

tak □ nie □

Sprawuję opiekę nad osobą z niepełnosprawnością sprzężoną z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(należy dołączyć stosowne orzeczenie/zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności )*

tak □ nie □

Sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym *(należy dołączyć stosowne orzeczenie/zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności)*

tak □ nie □

Sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym *(należy dołączyć stosowne orzeczenie/zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności)*

tak □ nie □

**V. Dane dodatkowe opiekuna faktycznego/osoby niesamodzielnej (dla osób ubezwłasnowolnionych lub nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych wypełnia opiekun, przedkładając prawomocne postanowienie/zaświadczenie Sądu)**

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

* + - 1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, **doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego** rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek:

*a. osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, i. osoby niesamodzielne,*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*b. osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*c. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*d. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich,*

*osoba niesamodzielna*

tak □ nie □

*e. osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,*

*osoba niesamodzielna*

tak □ nie □

*f. osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020,*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*g. członek rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością,*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*h. osoba, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645,z późn. zm.),*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

 *i. osoba niesamodzielna,*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*j. osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

*k. osoba korzystająca z PO PŻ.*

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020*.

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

1. Jestem osobą z niepełnosprawnością i niesamodzielna, której 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* - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych

*osoba niesamodzielna*

tak □ nie □

1. Jestem zainteresowany wsparciem w ramach realizacji usług odciążeniowych/wytchnieniowych w formie turnusów dziennych i całodobowych

*opiekun osoba niesamodzielna*

tak □ nie □ tak □ nie □

…..……………………………………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU- OPIEKUNA

…..……………………………………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU- OSOBY NIESAMODZIELNEJ (w przypadku posiadania

zdolności do czynności prawnych)

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**(należy wypełnić odrębne oświadczenie dla Opiekuna oraz Osoby niesamodzielnej**

**jeżeli posiada pełną zdolność do czynności prawnych, tj. ukończył 18 lat
i nie jest ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo)**

W związku z przystąpieniem do projektu pn**. ”Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie”**
nr **RPMP.09.02.02-12-0439/17-**oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa,
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, a także:

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;

2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;

3) ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.);

4) rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;

4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **”Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakwie**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Małopolskie Hospicjum dla Dzieci, ul. Odmętowa 4, 31-979 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego1 , Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;

6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

7. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

…..……………………………………… ……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU