

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE WRAZ Z OŚWIADCZENIAMI

### I. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y: .....

*(imię i nazwisko uczestniczki/uczestnika projektu)*

**deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”**

realizowanym przez NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, w ramach Poddziałania 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych - konkurs, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 -2020.

### II. DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU

*Proszę wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami odpowiadając na wszystkie pytania.*

<b>Dane uczestniczki projektu/uczestnika projektu:</b>	
1	Imię:
2	Nazwisko:
3	PESEL:
	<input type="checkbox"/> Nie posiadam PESEL
4	Płeć:
	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	Data urodzenia:
6	Wykształcenie:
	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
<b>Dane kontaktowe:</b>	
1	Kraj:
2	Miejscowość:
3	Ulica:

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

4	nr budynku:	
5	nr lokalu:	
6	Kod pocztowy:	
7	Telefon kontaktowy:	
8	Adres e-mail:	
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b> <i>proszę wybrać jeden status z punktów 1-4 i go dookreślić</i>		
1	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
2	Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
3	Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne
4	Osoba pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód:..... Miejsce zatrudnienia: ..... .....
<b>Pozostałe informacje</b>		
1	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
2	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
4	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

### III. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU:

**1. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria uprawniające mnie do objęcia opieką Dziennego Domu Opieki Medycznej Abimed tj:**

a) **Jestem bezpośrednio po, lub w okresie do 12 miesięcy od przebytej hospitalizacji, lub istnieje u mnie ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie** i ze względu na stan mojego zdrowia wymagam m.in. wsparcia pielęgniarki, opiekuna, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności, edukacji zdrowotnej i kontynuacji leczenia zapobiegających skierowaniu do szpitala.

b) **Posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.z 2008r. Nr.164,poz.1027, z późn. zm);

c) **Jestem osobą niesamodzielną**, co oznacza że w ocenie samodzielności skalą Barthel wykonaną przez lekarza kierującego do DDOM otrzymałam/em od 40 do 65 punktów.

d) **Mieszkam na terenie podregionu bytomskiego**, co oznacza, że mieszkam na terenie powiatu lublinieckiego, powiatu tarnogórskiego, miasta Piekary Śląskie lub miasta Bytom.

e) **Nie jestem wyłączona/y z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej**, co oznacza, że.:

- nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,

- podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień.

f) **Nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków UE z takiego samego rodzaju wsparcia**, jak oferowane w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed.

2. Oświadczam, iż **dane podane w przedmiotowej Deklaracji odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę

Projekt „**Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed**”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować NZOZ Abimed w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

3. Oświadczam, iż **zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Abimed**, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuje się je przestrzegać.

4. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym** w trakcie trwania projektu oraz zobowiązuję się do udzielenia odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie.

5. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem**, wykonanych podczas mojego udziału w projekcie, do celów promocyjnych i sprawozdawczych tego projektu.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

#### **IV. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH I UDZIAŁU W BADANIACH EWALUACYJNYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora 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

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- kontroli
  - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - sprawozdawczości
  - rozliczenia projektu
  - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
  - zachowania trwałości projektu
  - archiwizacji
  - badań i analiz.
- 4) 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:
- a) art. 125 i 126 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;
- b) 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.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, 41-902 Bytom, ul. M. Drzymały 9/14.
- 6) 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, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia



Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.

- 8) 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.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) 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:

- 1) 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\*.
- ~~2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.~~
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej Abimed”  
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**V. DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU,**

Proszę o wpisanie danych osoby, z którą możliwy będzie kontakt w sprawie udziału w projekcie uczestniczki/uczestnika i która w razie potrzeby będzie korzystała z wsparcia w postaci działań edukacyjnych (doradztwo, konsultacje, instruktaże).

*Imię i nazwisko:*

.....

*Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. córka, sąsiad):*

.....

*Numer telefonu kontaktowego:*

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu kontaktów dotyczących udziału w projekcie osoby, którą się opiekuję i udzielenia mi ewentualnego wsparcia edukacyjnego.

Przyjmuję do wiadomości że Administratorem moich danych osobowych jest NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, 41-902 Bytom, ul. M. Drzymały 9/14.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
**CZYTELNY PODPIS  
CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA**