Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Razem dla zdrowia - program wsparcia zdrowia psychicznego mieszkańców Lubelszczyzny

nr projektu FELU.08.06-IZ.00-0005/25

Projekt realizowany jest dzięki wsparciu udzielonemu z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Działanie 8.6 Usługi zdrowotne

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI					
Imię i nazwisko					
PESEL			Data urodzenia		Wiek
Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec	
Telefon			E-mail		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA KANDYDATA/KANDYDATKI					
Miejscowość					
Ulica					
Nr domu		Nr lokalu		Kod pocztowy	
Gmina			Powiat		
Województwo					
Kraj					

Oświadczenie o miejscu zamieszkania:

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego

☐ TAK ☐ NIE

WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/KANDYDATKI	**Niższe niż podstawowe lub brak** *(brak formalnego wykształcenia*) – **(ISCED 0)**	☐
	Podstawowe (ISCED 1) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej	☐
	Gimnazjalne (ISCED 2) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej	☐
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe, dotyczy osób które ukończyły Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)	☐
	Policealne (ISCED 4) Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	☐
	Wyższe (ISCED 5-8) Kształcenie ukończone na studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich, doktoranckich	☐

STATUS NA RYNKU PRACY:

STATUS NA RYNKU PRACY	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ,w tym:	☐osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	☐osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ osoba bierna zawodowo, w tym:	☐ inne: emeryt, rencista ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	☐ osoba pracująca	

OŚWIADCZAM, ŻE:		
Jestem osobą należącą do kategorii osób z zaburzeniami psychicznymi[1] (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.) oraz w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917.). (w przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć: zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub orzeczenie o niepełnosprawności z symbolem 02P).	☐ TAK	☐ NIE
Jestem osobą niepełnosprawną[2] (w przypadku odpowiedzi TAK należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności, a w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia)	☐ TAK ☐ Odmowa podania danych	☐ NIE
Jestem osobą obcego pochodzenia/nie posiadam polskiego obywatelstwa. (Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.)	☐ TAK	☐ NIE
Jestem osobą z państw trzecich/obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej. (Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa.)	☐ TAK	☐ NIE
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. (Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska)	☐ TAK ☐ Odmowa podania danych	☐ NIE
Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań potrzebującą wsparcia w utrzymaniu mieszkania.	☐ TAK	☐ NIE

CZY POSIADA PAN/PANI POTRZEBY/UŁATWIENIA WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (jeśli dotyczy) Proszę wskazać jakie ?	
□ TAK	□ NIE
Alternatywne formy materiałów szkoleniowych:	**Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:**
…… ……	…… ……
Obecność tłumacza języka migowego:	**Inne, proszę podać jakie?**
…… ……	…… ……

[1] osoby z zaburzeniami psychicznymi to osoby w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917);
[2] osoba z niepełnosprawnościami: a)osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 z późn. zm); b) osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917);

OŚWIADCZENIA:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie „Razem dla zdrowia - program wsparcia zdrowia psychicznego mieszkańców Lubelszczyzny" nr projektu FELU.08.06-IZ.00-0005/25, zawartymi w Regulaminie projektu i akceptuję jego postanowienia.
- Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie „Razem dla zdrowia - program wsparcia zdrowia psychicznego mieszkańców Lubelszczyzny" nr projektu FELU.08.06-IZ.00-0005/25.
- Zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.
- Zostałem/am poinformowany/a, że przedmiotowy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
- Organizatorem projektu jest LUBEA MED Sp. z o.o.
- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zgodnie z wymogami Regulaminu projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie dalszego postępowania rekrutacyjnego wobec mojej osoby.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o wszelkich zmianach danych zawartych Formularzu rekrutacyjnym.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- Oświadczam, że nie korzystam oraz, że w przypadku zakwalifikowani się do projektu nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora
- Zostałem/am poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych, dotyczących stanu zdrowia, itp.
- Zostałem/am poinformowana, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- Zobowiązuję się do przekazania informacji Organizatorowi projektu dotyczącej mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie -również w przypadku przerwania udziału w projekcie) zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w formularzu rekrutacyjnym dla celów rekrutacji, zgodnie z Rozporządzeniem 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).
- Oświadczam, że informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

....

Data i miejscowość **Czytelny podpis kandydata/kandydatki**

OŚWIADCZENIE DOT. OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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) informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest LUBEA MED Sp. z o.o., z siedzibą przy ul. Firlejowskiej 2/U3, 20-306 Lublin, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód pod nr 0000984411, REGON: 522665310, NIP: 9462719196.
2. Dane osobowe mogą być przetwarzane również przez podmioty prowadzące badania ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu Programu tj. IZ (Zarząd Województwa Lubelskiego) oraz IK UP (Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego).
3. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z LUBEA MED Sp. z o.o.
4. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
5. Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
6. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/Pani osoby.
7. Odbiorcami Pana/Pani danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
10. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do: - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

…… ……

Data i miejscowość **Czytelny podpis kandydata/kandydatki**