Minimalny zakres danych osobowych koniecznych do przetwarzania

**FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

w ramach projektu **„**SREBRNE POKOLENIE ŻYJE DŁUŻEJ**”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | |
| 1. | Imię | |  | | | | | | |
| 2. | Nazwisko | |  | | | | | | |
| 3. | Płeć | | K | | |  | M |  | |
| 4. | Data urodzenia | |  | | | | | | |
| 5. | Imiona rodziców | |  | | | | | | |
| 6. | PESEL / wiek | |  | | | | | | |
| 7. | Adres zamieszkania  *(ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)* | |  | | | | | | |
| 8. | Obszar | | miejski | | |  | wiejski |  | |
| 9. | Województwo | | dolnośląskie | | | | | | |
| 10. | Powiat | | Jaworski | | | | | | |
| 11. | Gmina | | Paszowice | | | | | | |
| 12. | Wykształcenie | | -niższe niż podstawowe  -podstawowe  -gimnazjalne  -ponadgimnazjalne  -policealne  -wyższe | | | | | | |
| 13. | Zawód | |  | | | | | | |
| 14. | Telefon stacjonarny/komórkowy | |  | | | | | | |
| 15. | Adres e-mail | |  | | | | | | |
| **B. DANE DOTYCZĄCE KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU – OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**  **Przynależność do grupy docelowej zgodnie z Regulaminem Otwartego Konkursu Ofert w ramach programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+ „ na lata 2021-2025, Edycja 2023/ zatwierdzonym do realizacji Planem Działania/zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu**  ***Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikowalności projektu, a w uszczegółowieniu ( w odpowiednim miejscu proszę wstawić znak X):*** | | | | | | | | | |
| 16. | Warunki kwalifikowalności | | Zamieszkuję teren Gminy Paszowice | | | | | | X |
| Jestem osobą powyżej 60 roku życia; | | | | | |  |
| Jestem osobą :  - pracującą | | | | | |  |
| - emerytem/rencistą | | | | | |  |
| Przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów | | | | | |  |
| Jestem osobą bezdomną/ dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | |  |
| Jestem członkiem rodziny korzystającej 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 2004r. o pomocy społecznej; | | | | | |  |
| Jestem os. niepełnosprawną w roz. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu os. niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) i/lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia  1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375) | | | | | |  |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ( innej niż wymienione powyżej) | | | | | |  |
| Jestem osobą/członkiem rodziny, w której są osoby o znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ z niepełnosprawnością sprzężoną/osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( dodatkowo w przypadku specjalnych potrzeb osoby niepełnosprawnej proszę o wpisanie zakresu potrzeb w tym ew, konieczności dostosowania programu zajęć/wsparcia, organizacji transportu, organizacji mobilnego wsparcia, zakupu specjalnych pomocy dydaktycznych, zakupu specjalistycznego oprogramowania, sprzętu, lub innego dostosowania, np. w przypadku niepełnosprawności ruchowej ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |  |
| 17. | **Specjalne potrzeby uczestnika celem dostosowania wsparcia** (np. możliwość organizacji transportu, mobilnego wsparcia z uwagi na oddalone tereny zamieszkiwania, specjalne godziny wsparcia, organizacja posiłków wg wskazanych diet, np. w przypadku wyjazdu, konieczność zapewnienia opieki nad dziećmi itp.) | | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |  |
| Oświadczam, że powyższe dane dotyczące danych osobowych i kwalifikowalności do projektu są zgodne z prawdą. Oświadczam również, że zapoznałem się z definicjami dotyczącymi min.: statusu uczestnika projektu, wykształcenia itp. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.  **Paszowice, ….…………………………………………………………………..**  **Czytelny podpis uczestnika** | | | | | | | | | |
| **C . FORMY WSPARCIA UCZESTNIKÓW - wypełnia koordynator projektu** | | | | | | | | | |
| 18. | | Rodzaj przyznanego wsparcia w zakresie: | | | **1. Budowanie kontaktów społecznych i budowanie relacji interpersonalnych – Drużyny Seniora** | | | |  |
| **2. Srebrne pokolenie – bezpieczny, zdrowy i aktywny senior:** | | | | |
| 1) BLOK A Trening pamięci i koncentracji | | | |  |
| 2) BLOK B BEZPIECZNY, ZDROWY I AKTYWNY SENIOR | | | |  |
| a) MODUŁ I – PROBLEMY I ZAGROŻENIA OSÓB STARSZYCH | | | |  |
| b) MODUŁ II – BEZPIECZNY SENIOR | | | |  |
| c) MODUŁ III – W ZDROWYM CIELE ZDROWY DUCH | | | |  |
| **3. Wolontariat senioralny** | | | |  |
| 1) wolontaryjna grupa samopomocowa – kontrakt społeczny | | | |  |
| 2) odbiorca społecznych usług samopomocowych | | | |  |
| 19. | | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | | |  | | | | |
| 20. | | Data zakończenia udziału w projekcie  *(Należy wpisać datę ostatniego dnia udziału w projekcie, np. szkolenia. Za datę zakończenia udziału w projekcie rozumie się również datę przerwania udziału w projekcie).\** | | |  | | | | |
|  | | | |

**Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.** Oświadczam również, że zapoznałem się z regulaminem rekrutacji.

Paszowice, ……………………… Podpis uczestnika ………………………………………………