



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

wraz z ankietą potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami / osób ze szczególnymi potrzebami

Projekt: „Profilaktyka zdrowia psychicznego dla mieszkańców województwa lubelskiego”

Nr projektu: FELU.08.06-IZ.00-0035/25

A. Dane projektowe i podstawowe dane uczestnika

Numer projektu	FELU.08.06-IZ.00-0035/25
Rodzaj uczestnika	[] osoba indywidualna [] pracownik instytucji [] inne:
Nazwa instytucji	[] nie dotyczy
Obywatelstwo	
Płeć	[] kobieta [] mężczyzna [] inna / nie chcę podawać
Imię	
Nazwisko	
PESEL / inny identyfikator	

B. Dane adresowe i kontaktowe

Adres - ulica	
Nr domu / mieszkania	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Nr telefonu	
E-mail	
Preferowana forma kontaktu	[] telefon [] SMS [] e-mail [] kontakt przez opiekuna/osobę upoważnioną

**C. Informacje wymagane do monitorowania uczestników projektu**

Pozycja z danych PEFS	Odpowiedź
Osoba obcego pochodzenia	[] tak [] nie [] odmowa podania informacji
Obywatel państwa trzeciego	[] tak [] nie [] odmowa podania informacji
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanej	[] tak [] nie [] odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	[] tak [] nie [] odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	[] tak [] nie [] odmowa podania informacji / jeżeli „tak”: stopień: symbol/przyczyna, jeżeli dotyczy:

D. Kryteria obligatoryjne udziału w projekcie

Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Wiek	[] Oświadczam, że ukończyłem/am 18 lat.
Powiązanie z województwem lubelskim	[] zamieszkuję w woj. lubelskim [] uczę się w woj. lubelskim [] pracuję w woj. lubelskim
Kwalifikowalność do grupy docelowej	[] Oświadczam, że należę do kategorii osób z zaburzeniami psychicznymi (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. oraz w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. z 2024 r. poz. 917)
Dokument potwierdzający	[] orzeczenie o niepełnosprawności z symbolem 02-P [] zaświadczenie lekarskie [] inny dokument:

E. Kryteria preferencyjne / punktacja

Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Osoba 50+ / osoba starsza zgodnie z kryterium premiującym regulaminu	[] tak - 5 pkt [] nie
Osoba o niskich kwalifikacjach, tj. wykształcenie do poziomu ISCED 3 włącznie	[] tak - 5 pkt [] nie; najwyższy poziom wykształcenia:
Osoba z niepełnosprawnością / osoba z zaburzeniami psychicznymi	[] tak - 5 pkt [] nie
Osoba ze szczególnymi potrzebami, w tym migrant	[] tak - 5 pkt [] nie; dokument / podstawa:
Mężczyzna	[] tak - 10 pkt [] nie



Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Osoba z powiatu, gdzie nie jest możliwy dostęp do pozainstytucjonalnych form wsparcia	[] tak - 10 pkt [] nie; powiat:
Osoba, która w ciągu ostatniego roku przebywała w szpitalu psychiatrycznym	[] tak - 15 pkt [] nie; dokument potwierdzający:

F. Dokumenty załączone do formularza

Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Orzeczenie / zaświadczenie potwierdzające kwalifikowalność zdrowotną	[] tak [] nie [] nie dotyczy
Oświadczenie dotyczące niekorzystania ze wsparcia w innych projektach	[] tak [] nie
Zaświadczenie od pracodawcy	[] tak [] nie [] nie dotyczy
Zaświadczenie o nauce	[] tak [] nie [] nie dotyczy
Zaświadczenie z ZUS / potwierdzenie PUE ZUS / dokument z Urzędu Pracy	[] tak [] nie [] nie dotyczy
Legitymacja emeryta/rencisty albo dokument potwierdzający status	[] tak [] nie [] nie dotyczy
Inne dokumenty

G. Ankieta potrzeb dostępnościowych

Część służy wyłącznie zapewnieniu racjonalnych usprawnień i dostępności. Należy wskazać tylko potrzeby niezbędne do udziału w rekrutacji lub wsparciu.

Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia dostępnościowego?	[] nie [] tak - proszę wskazać poniżej
Dostosowanie architektoniczne	[] sala bez barier architektonicznych [] winda / podjazd [] miejsce parkingowe [] inne:
Dostosowanie komunikacyjne	[] tłumacz PJM/SJM [] pętla indukcyjna [] kontakt pisemny [] wolniejsze tempo przekazywania informacji
Dostosowanie materiałów	[] większa czcionka [] wersja elektroniczna [] wysoki kontrast [] tekst łatwy do czytania [] inne:
Wsparcie asystenckie lub organizacyjne	[] asystent osoby z niepełnosprawnością [] pomoc w wypełnianiu dokumentów



Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
	[] możliwość udziału z osobą wspierającą
Potrzeby zdrowotne/organizacyjne istotne dla udziału
Uwagi kandydata/kandydatki

H. Oświadczenia kandydata/kandydatki

Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Prawdziwość danych	Oświadczam, że dane podane w formularzu i załącznikach są zgodne z prawdą oraz aktualne na dzień złożenia dokumentów. [] TAK [] NIE
Zapoznanie się z regulaminem	Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia. [] TAK [] NIE
Kwalifikowalność	Oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie wskazane w regulaminie i zobowiązuje się poinformować Realizatora o zmianach mających wpływ na kwalifikowalność. [] TAK [] NIE
Zgoda na kontakt w sprawie rekrutacji i udziału	Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, SMS lub e-mail w sprawach organizacyjnych związanych z rekrutacją i udziałem w projekcie. [] TAK [] NIE
Świadomość odpowiedzialności	Jestem świadomy/a, że podanie danych nieprawdziwych może skutkować odmową udziału lub skreśleniem z listy uczestników. [] TAK [] NIE



Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)

Administratorem danych osobowych w zakresie realizacji projektu jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stężycza S.C. Anna Karolina Nowak, Łukasz Nowak, ul. Królewska 2, 08-540 Stężycza, e-mail: profilaktyka@nzozstezycza.pl. W zakresie obowiązków związanych z finansowaniem, rozliczaniem, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu dane mogą być przetwarzane także przez właściwe instytucje systemu wdrażania programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, w szczególności Instytucję Zarządzającą, tj. Województwo Lubelskie - Zarząd Województwa Lubelskiego, oraz przez podmioty uprawnione do kontroli i audytu.

Dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności, udzielenia wsparcia, dokumentowania udziału w projekcie, monitoringu, ewaluacji, sprawozdawczości, kontroli, archiwizacji oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest w szczególności art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, a w zakresie danych szczególnych kategorii, w tym danych o zdrowiu i niepełnosprawności, art. 9 ust. 2 lit. g i h RODO, w związku z przepisami dotyczącymi realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, ochrony zdrowia oraz obowiązkami dokumentacyjnymi i kontrolnymi. W zakresie danych oznaczonych jako fakultatywne albo podanych dobrowolnie podstawą może być art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz, gdy dotyczy danych szczególnych kategorii, art. 9 ust. 2 lit. a RODO.

Podanie danych oznaczonych jako wymagane jest niezbędne do udziału w rekrutacji i projekcie. Niepodanie danych wymaganych może uniemożliwić ocenę kwalifikowalności lub udział w projekcie. Przy pozycjach dotyczących szczególnych kategorii danych, jeżeli nie są niezbędne do potwierdzenia kwalifikowalności, osoba może wybrać odpowiedź: „odmowa podania informacji”.

Odbiorcami danych mogą być: osoby upoważnione przez administratora, instytucje zarządzające i pośredniczące, podmioty kontrolne i audytowe, Komisja Europejska, podmioty świadczące usługi informatyczne, pocztowe, archiwizacyjne, księgowo, prawne, ewaluacyjne oraz inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa lub umów powierzenia przetwarzania danych.

Dane będą przechowywane przez okres realizacji projektu, jego rozliczenia, trwałości, kontroli i archiwizacji, zgodnie z umową o dofinansowanie, wytycznymi programu oraz właściwymi przepisami prawa.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych, otrzymania ich kopii, sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania, a w przypadkach przewidzianych prawem także prawo usunięcia danych, sprzeciwu oraz wycofania zgody w zakresie danych przetwarzanych na podstawie zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem. Przysługuje także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu wywołującemu skutki prawne wobec osoby, której dane dotyczą.

Dane będą przetwarzane zgodnie z zasadą minimalizacji, poufności, integralności i rozliczalności. Dostęp do dokumentacji zawierającej dane o zdrowiu, niepełnosprawności lub inne dane szczególnych kategorii powinien być ograniczony wyłącznie do osób upoważnionych.

Kryterium / oświadczenie	Wybór / opis
Potwierdzenie otrzymania informacji RODO	Potwierdzam, że otrzymałem/am i zrozumiałem/am informację o przetwarzaniu danych osobowych. [] TAK [] NIE
Dane fakultatywne	Jeżeli podałem/am dane fakultatywne, robię to dobrowolnie i wiem, że mogę odmówić ich podania, jeżeli nie są wymagane do potwierdzenia kwalifikowalności. [] TAK [] NIE

Miejscowość i data
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie