



**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
do projektu**

**„Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”**

Formularz Zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu powinien być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim i czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich wymagany jest podpis rodzica/opiekuna prawnego. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem 'x' odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. *tak, nie*). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone *tak* lub *nie*).

**UWAGA!** Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza Zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”.

**Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

Część I – dane kandydata/kandydatki do udziału w projekcie	
Dane osobowe	Imię (imiona)
	Nazwisko
	PESEL
Adres zamieszkania	Miasto
	Dzielnica
	Kod pocztowy
	Ulica
	Nr domu
	Nr mieszkania
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
Dane osobowe opiekuna	Imię i nazwisko
	Telefon kontaktowy
Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy	Brak Brak formalnego wykształcenia



<b>odpowiedniej pozycji)</b>	<b>Podstawowe</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>		
	<b>Gimnazjalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>		
	<b>Ponadgimnazjalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe).</i>		
	<b>Pomaturalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.</i>		
	<b>Wyższe</b> <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>		
<b>Część II - Oświadczenia kandydata/kandydatki do projektu i/lub opiekuna prawnego I OBSZAR</b>			
		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Oświadczam, że: (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</b>	Jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego tj. osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;		
	Jestem osobą niesamodzielną <sup>1</sup> ;		
	Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi tj. posiadam diagnozę lekarza psychiatry oraz:		
	- jestem po leczeniu szpitalnym na oddziale o profilu psychiatrycznym i/lub		
	- jestem po leczeniu w formie stacjonarnej i/lub		
	- jestem osobą zagrożoną hospitalizacją, wykazującą objawy zaburzeń psychicznych (wg ICD-10) <sup>7</sup> ,		
	Posiadam i dołączam do niniejszej dokumentacji zaświadczenia od lekarza psychiatry lub inną dokumentację lekarską potwierdzającą powyższe; <sup>2</sup>		
	Posiadam i dołączam do niniejszej dokumentacji dokumentację medyczną i/lub zaświadczenie od lekarza psychiatry ze diagnozowaną chorobą psychiczną.		
	Nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS u innego beneficjenta.		
	Przynależę do mniejszości narodowej/etnicznej		
Posiadam status imigranta			

<sup>1</sup> **Osoba niesamodzielną** - osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia niesamodzielnosci stosowana jest Skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobą niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu2.

<sup>2</sup> **Osoba z zaburzeniami psychicznymi** - to osoba chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo lub wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym - art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.



	Posiadam status osoby niepełnosprawnej		
	Nie jestem uzależniony/uzależniona od alkoholu i narkotyków.		
	Występują u mnie jednocześnie: uzależnienie od alkoholu lub narkotyków i choroba psychiczna (tzw. podwójna diagnoza).		
<b>Część III - Oświadczenia kandydata/kandydatki do projektu II OBSZAR</b>			
<b>Oświadczam, że: (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</b>	Jestem rodziną i opiekunem os. niesamodzielnej z zaburzeniami psychicznymi która uczestniczy w projekcie		
	Przynależę do mniejszości narodowej/etnicznej		
	Posiadam status imigranta		
	Posiadam status osoby niepełnosprawnej		
	Nie jestem uzależniony/uzależniona od alkoholu i narkotyków.		
	Występują u mnie jednocześnie: uzależnienie od alkoholu lub narkotyków i choroba psychiczna (tzw. podwójna diagnoza).		
<b>Część III - Oświadczenia kandydata/kandydatki do projektu III OBSZAR</b>			
<b>Oświadczam, że: (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</b>	Pracuję na terenie województwa mazowieckiego		
	Aktualnie wykonuję zawód/zajmuję stanowisko, do którego kierowane są działania tj: lekarz (w szczególności lekarz POZ), pielęgniarka (w szczególności POZ), terapeuta, rehabilitant, psycholog;		
	Zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa.		
	Przynależę do mniejszości narodowej/etnicznej		
	Posiadam status imigranta		
	Posiadam status osoby niepełnosprawnej		
	Nie jestem uzależniony/uzależniona od alkoholu i narkotyków.		
Występują u mnie jednocześnie: uzależnienie od alkoholu lub narkotyków i choroba psychiczna (tzw. podwójna diagnoza).			

JA NIŻEJ PODPISANY/A .....,

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia** są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.



4. Deklaruję swój udział w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu” w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Wspierania Innowacji i Społecznej Ekonomii oraz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – „Mój Lekarz” Izabela Kościuczyk i Haus Sp. z o.o. prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rodzinna Przychodnia” w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135),
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Warszawa, dnia.....

.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.



**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”

## OŚWIADCZENIE

o spełnieniu kryteriów grupy docelowej

Ja, niżej podpisany/-a ....., PESEL: .....

świadomy/-a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”/ osoba, której jestem opiekunem prawnym spełnia kryteria tj.

1. Nie jestem osobą z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków, lub występuje u mnie jednocześnie: uzależnienie od alkoholu lub narkotyków i choroba psychiczna (tzw. podwójna diagnoza).

### **OBSZAR I - wsparcie działalności dziennych form opieki dla uczestników projektu poprzez zapewnienie dostępu do zintegrowanych usług w formie dziennej, ambulatoryjnej lub w środowisku domowym uczestnika projektu.**

2. Jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego tj. osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;

3. Spełniam kryteria osoby niesamodzielnej<sup>3</sup>;

4. Spełniam kryteria osoby z zaburzeniami psychicznymi tj. posiadam diagnozę lekarza psychiatry oraz:

- jestem po leczeniu szpitalnym na oddziale o profilu psychiatrycznym i/lub
- jestem po leczeniu w formie stacjonarnej i/lub
- jestem osobą zagrożoną hospitalizacją, wykazującą objawy zaburzeń psychicznych (wg ICD-10), weryfikowane na podstawie zaświadczenia od lekarza psychiatry lub na podstawie dotychczasowej dokumentacji lekarskiej;<sup>4</sup>

5. dostarczyłam/łem dotychczasową dokumentację medyczną i/lub zaświadczenie od lekarza psychiatry ze diagnozowaną chorobą psychiczną;

6. wyrażam pisemną zgodę na udział w projekcie (lub zgodę taką wyrazi jej/jego opiekun);

<sup>3</sup> **Osoba niesamodzielna** - osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia niesamodzielności stosowana jest Skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu2.

<sup>4</sup> **Osoba z zaburzeniami psychicznymi** - to osoba chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo lub wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym - art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.



7. Oświadczam, że nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS u innego beneficjenta.

**Obszar II - wsparcie i działania informacyjno-edukacyjne dla uczestników projektu oraz dla osób z ich otoczenia oraz opiekunów.**

8. Jestem rodziną i opiekunem osoby niesamodzielnej z zaburzeniami psychicznymi która uczestniczy w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”.

**Obszar III - działania informacyjno-edukacyjne dla osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności skierowane do: lekarzy (w tym POZ -Podstawowej Opieki Zdrowotnej), pielęgniarek (w tym POZ), terapeutów, rehabilitantów, psychologów**

9. pracuję na terenie województwa mazowieckiego,

10. aktualnie wykonuję zawód/zajmuję stanowisko, do którego kierowane są działania tj: lekarz (w szczególności lekarz POZ), pielęgniarka (w szczególności POZ), terapeuta, rehabilitant, psycholog;

11. zgłaszam dobrowolną chęć uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”

Warszawa, dnia.....

.....

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego



**Załącznik nr 3** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”

Ja niżej podpisany/-a:

.....

*Imię i Nazwisko*

deklaruję przystąpienie do udziału w Projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w Projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu” i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów w trakcie udziału w Projekcie dostarczanych przez Polskie Towarzystwo Wspierania Innowacji i Społecznej Ekonomii, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – „Mój Lekarz” Izabela Kościuczyk oraz Haus Sp. z o.o. prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rodzinna Przychodnia”.
3. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów rekrutacyjnych po zakwalifikowaniu się do udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, że spełniam kryteria grupy docelowej określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
5. Oświadczam, że przystępuję do Projektu z własnej woli i inicjatywy.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż Projekt „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w Projekcie. Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do jednostek realizujących Projekt związanych z procesem naboru.
8. Oświadczam, że podane przeze mnie dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zostałam/em poinformowany, iż mogę zostać pociągnięta/y do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (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 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, promocji, realizacji, monitoringu i ewaluacji Projektu.

Warszawa, dnia.....

.....

Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.



**Załącznik nr 4** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”

### ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące projektu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział.....

..... *(Imię i nazwisko, drukowanymi literami)*

w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu” i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części projektu bez podania przyczyny.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....

.....

.....

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki (lub opiekuna, drukowanymi literami)  
data i podpis





**Załącznik nr 6** do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu”

### **Oświadczenie uczestnika Projektu**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielných z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Marszałek Województwa Mazowieckiego mający swoją siedzibę przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
2. 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) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020:

w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:

- 1) rozporządzenia 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) rozporządzenia 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) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217, z późn. zm.);
3. W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - 1) rozporządzenia 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) rozporządzenia 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) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217, z późn. zm. );
  - 4) rozporządzenia Wykonawczego 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 „**Narzędzia wsparcia na rzecz osób niesamodzielnych z zaburzeniami psychicznymi na Mazowszu**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020 (RPO WM);
  5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Polskie Towarzystwo Wspierania Innowacji i Społecznej Ekonomii, ul. Stawki 2A lok. 11, 00-193 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – „Mój Lekarz” Izabela Kościuczyk, ul. Stefana Żeromskiego 39A, 96-500 Sochaczew i Haus Sp. z o.o. prowadzącej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rodzinna Przychodnia” ul. Dereniowa 9, 02-776 Warszawa. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
  6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
  7. 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.
  8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu \*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.