



## Formularz rekrutacyjny do projektu

pt. „Wsparcie w walce o Siebie”, nr projektu FELU.08.06-IZ.00-0044/25

Projekt realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027  
Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ proj. 2b), Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej

**Prosimy o wypełnienie formularza starannie drukowanymi literami, wybrane odpowiedzi  
zaznaczyć znakiem X**

### DANE OSOBOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI

Imię/Imiona: .....

Nazwisko: .....

Obywatelstwo .....

PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....lat

Wiek w chwili przystąpienia do projektu

Płeć: Kobieta ☐ / Mężczyzna ☐

### DANE TELEADRESOWE

Miejscowość: .....

Kod pocztowy: .....

Ulica: .....

Nr. domu: .....

Nr. lokalu: .....

Gmina: .....

Powiat: .....

Województwo: .....

Telefon: .....

Mail: .....

### STATUS uczestnika projektu :

Jestem osobą pracującą na terenie woj. lubelskiego: TAK ☐ ..... / NIE ☐  
NAZWA FIRMY

Jestem osobą uczącą się na terenie woj. lubelskiego: TAK ☐ / NIE ☐

Jestem osobą zamieszkującą zgodnie z KC \* na terenie województwa lubelskiego ☐ TAK ☐ NIE  
w tym na terenie:

- |                                                   |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> powiatu chełmskiego      | <input type="checkbox"/> miasta Chełm      |
| <input type="checkbox"/> powiatu hrubieszowskiego | <input type="checkbox"/> miasta Hrubieszów |
| <input type="checkbox"/> powiatu świdnickiego     | <input type="checkbox"/> miasta Świdnik    |

### WYKSZTAŁCENIE

ISCED 0-2 - Średnie I stopnia lub niższe

☐

ISCED 3-4 - Ponadgimnazjalne lub policealne

☐

ISCED 5-8 - Wyższe

☐

**II. Dane kontaktowe opiekuna jeśli dotyczy**

|                          |  |                     |                  |
|--------------------------|--|---------------------|------------------|
| Imię .....               |  | Nazwisko .....      |                  |
| Kraj .....               |  | Województwo: .....  |                  |
| Powiat: .....            |  | Gmina: .....        |                  |
| Miejscowość: .....       |  | Kod pocztowy: ..... |                  |
| Ulica: .....             |  | Nr budynku: .....   | Nr lokalu: ..... |
| Telefon kontaktowy ..... |  | Adres e-mail: ..... |                  |

**III. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH**

(proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi oraz złożyć podpis)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Należę do kadry realizującej działania w obszarze usług społecznych</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>Załącznik – umowa o pracę z realizatorem projektu.                                                                                                                                                                                           |
| <b>Jestem osobą narażoną na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub os. przebywającą w instytucjach całodobowych. *</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>Załącznik - skierowanie/decyzja o potrzebie umieszczenia w instytucji całodobowej, bądź zaświadczenie o przebywaniu w instytucji całodobowej/ karta informacyjna z instytucji całodobowej. |
| <b>Jestem osobą przechodzącą kryzys psychiczny</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>Załącznik – oświadczenie potwierdzające występowania kryzysu psychicznego.                                                                                                                                                                                           |
| <b>Jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym, otoczeniem osób dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym *</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>Załącznik – zgodnie z Regulaminem.                                                                                                                                                              |
| <b>Jestem osobą z niepełnosprawnością (OzN) lub należącą do ich otoczenia (członkowie rodziny, środowisko lokalne) *</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI<br>Załącznik - orzeczenie lub inny dokumentem poświadczający niepełnosprawność.                                                                        |
| <b>Jestem osobą pochodzenia z krajów trzecich (osoby, które są obywatelami krajów spoza UE ) (dane wrażliwe):</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI<br>Załącznik – dokument potwierdzający zamieszkanie poza UE.                                                                                                  |
| <b>Jestem osobą obcego pochodzenia -każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (dane wrażliwe)</b><br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI<br>Załącznik – dokument potwierdzający nie posiadanie polskiego obywatelstwa.                                                                                     |



**Jestem osobą należącą do mniejszości** w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie, objętych wsparciem w programie **(dane wrażliwe)**:

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMOWA ODPOWIEDZI

Załącznik – dokument potwierdzający przynależność do mniejszości narodowej.

**Jestem osobą należącą do osób w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań**, objętych wsparciem w programie **(dane wrażliwe): \***

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMOWA ODPOWIEDZI

Załącznik – zg. z Regulaminem.

\*( definicja wyjaśniona w regulaminie udziału w projekcie)

**Oświadczam**, że wpisuje się do osób przynależących do grupy docelowej projektu

**Oświadczam**, że nie biorę udziału w innych projektach skierowanych to takiej samej grupy docelowej i nie jestem uczestnikiem tożsamyh usług realizowanych w ramach innych działań publicznych.

**Upředzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą<sup>1</sup>.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki  
lub Opiekuna prawnego)

<sup>1</sup> Poucza się, że osoba składająca formularz zgłoszeniowy winna podać wszystkie dane wskazane w formularzu zgodnie ze stanem faktycznym istniejącym w momencie jego składania. Podanie danych niezgodnych z prawdą będzie rodzić po stronie podającego nieprawdziwe dane odpowiedzialność cywilną względem poszkodowanego .



## OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/a

.....oświadczam, że:  
(imię i nazwisko Kandydata / Kandydatki)

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „**Wsparcie w walce o siebie**” nr projektu **FELU.08.06-IZ.00-0044/25**, zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie. Akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2b), Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Wsparcie w walce o siebie” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do realizatora projektu.
5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie realizatora projektu.
6. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
7. Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, bezdomności/wykluczenia z dostępu do mieszkań lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
8. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Fundacji Rozwoju Lubelszczyzny o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
9. Zostałem poinformowany/a o tym, że formularz rekrutacyjny nie podlega zwrotowi.
10. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę realizatorowi projektu dane dotyczące wypełnienia wskaźników rezultatu po zakończeniu udziału w projekcie.
11. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu i sytuacji społecznej oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społecznej podczas uczestnictwa w projekcie.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i udziału w projekcie.
13. Oświadczam, że jednocześnie nie korzystam z wsparcia w ramach innych projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
14. Potwierdzam zapoznanie się z przedstawną poniżej treścią 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:

Art. 13

*Informacje podawane w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą*

1. Jeżeli dane osobowe osoby, której dane dotyczą, zbierane są od tej osoby, administrator podczas pozyskiwania danych osobowych podaje jej wszystkie następujące informacje:
  - a) swoją tożsamość i dane kontaktowe oraz, gdy ma to zastosowanie, tożsamość i dane kontaktowe swojego przedstawiciela;
  - b) gdy ma to zastosowanie – dane kontaktowe inspektora ochrony danych;
  - c) cele przetwarzania danych osobowych, oraz podstawę prawną przetwarzania;
  - d) jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 *zgodność przetwarzania z prawem* ust. 1 lit. f) – prawnie uzasadnione interesy realizowane przez administratora lub przez stronę trzecią;
  - e) informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją;



- f) gdy ma to zastosowanie – informacje o zamiarze przekazania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz o stwierdzeniu lub braku stwierdzenia przez Komisję odpowiedniego stopnia ochrony lub w przypadku przekazania, o którym mowa w art. 46 *przekazywanie z zastrzeżeniem odpowiednich zabezpieczeń*, art. 47 *wiążące reguły korporacyjnych* lub art. 49 *wyjątki w szczególnych sytuacjach* ust. 1 akapit drugi, wzmiankę o odpowiednich lub właściwych zabezpieczeniach oraz o możliwościach uzyskania kopii danych lub o miejscu udostępnienia danych.
2. Poza informacjami, o których mowa w ust. 1, podczas pozyskiwania danych osobowych administrator podaje osobie, której dane dotyczą, następujące inne informacje niezbędne do zapewnienia rzetelności i przejrzystości przetwarzania:
- a) okres, przez który dane osobowe będą przechowywane, a gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu;
  - b) informacje o prawie do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
  - c) jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 *zgodność przetwarzania z prawem* ust. 1 lit. a) lub art. 9 *przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych* ust. 2 lit. a) – informacje o prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - d) informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  - e) informację, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy oraz czy osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania i jakie są ewentualne konsekwencje niepodania danych;
  - f) informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu, o którym mowa w art. 22 *zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie* ust. 1 i 4, oraz – przynajmniej w tych przypadkach – istotne informacje o zasadach ich podejmowania, a także o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach takiego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą.
3. Jeżeli administrator planuje dalej przetwarzać dane osobowe w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane, przed takim dalszym przetwarzaniem informuje on osobę, której dane dotyczą, o tym innym celu oraz udziela jej wszelkich innych stosownych informacji, o których mowa w ust. 2.
4. Ust. 1, 2 i 3 nie mają zastosowania, gdy – i w zakresie, w jakim – osoba, której dane dotyczą, dysponuje już tymi informacjami.

#### Art. 14

*Informacje podawane w przypadku pozyskiwania danych osobowych w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą:*

- 1 Jeżeli danych osobowych nie pozyskano od osoby, której dane dotyczą, administrator podaje osobie, której dane dotyczą, następujące informacje:
- a) swoją tożsamość i dane kontaktowe oraz, gdy ma to zastosowanie, tożsamość i dane kontaktowe swojego przedstawiciela;
  - b) gdy ma to zastosowanie – dane kontaktowe inspektora ochrony danych;
  - c) cele przetwarzania, do których mają posłużyć dane osobowe, oraz podstawę prawną przetwarzania;
  - d) kategorie odnośnych danych osobowych;
  - e) informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją;
  - f) gdy ma to zastosowanie – informacje o zamiarze przekazania danych osobowych odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej oraz o stwierdzeniu lub braku stwierdzenia przez Komisję odpowiedniego stopnia ochrony lub w przypadku przekazania, o którym mowa w art. 46 *przekazywanie z zastrzeżeniem odpowiednich zabezpieczeń*, art. 47 *wiążące reguły korporacyjnych* lub art. 49 *wyjątki w szczególnych sytuacjach* ust. 1 akapit drugi, wzmiankę o odpowiednich lub właściwych zabezpieczeniach oraz o możliwościach uzyskania kopii danych lub o miejscu udostępnienia danych.
2. Poza informacjami, o których mowa w ust. 1, administrator podaje osobie, której dane dotyczą, następujące informacje niezbędne do zapewnienia rzetelności i przejrzystości przetwarzania wobec osoby, której dane dotyczą:
- a) okres, przez który dane osobowe będą przechowywane, a gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu;
  - b) jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 *zgodność przetwarzania z prawem* ust. 1 lit. f) – prawnie uzasadnione interesy realizowane przez administratora lub przez stronę trzecią;
  - c) informacje o prawie do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych;
  - d) jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 *zgodność przetwarzania z prawem* ust. 1 lit. a) lub art. 9 *przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych* ust. 2 lit. a) – informacje o prawie do



- cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- e) informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  - f) źródło pochodzenia danych osobowych, a gdy ma to zastosowanie – czy pochodzą one ze źródeł publicznie dostępnych;

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*czytelny podpis Kandydata / Kandydatki lub Opiekuna prawnego*



## KLAUZULA INFORMACYJNA

### I. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 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 osobowych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej „RODO” – informujemy o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach, wynikających z „RODO”:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa Sp. z o.o. z siedzibą w , ul. Ogrodowa 46, 22-100 Chełm
- 2) Kandydat może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres email: [mateusz.hanak@rodzinanzoz.pl](mailto:mateusz.hanak@rodzinanzoz.pl)
- 3) Przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w:
  - a) art. 6 ust. 1 lit. c i art.9 ust. 2 lit g „RODO” oraz w zw. z art. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej, zwanego dalej rozporządzeniem ogólnym oraz art. 87 i 88 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, zwanej dalej ustawą wdrożeniową;
  - b) art. 6 ust. 1 lit. b „RODO” tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy , której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy;
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
  - a) udzielenia wsparcia Kandydatom/Kandydatkom Uczestniczkom/Uczestnikom do projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu;
  - b) realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia Kandydatom/Kandydatkom do projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu;.
- 5) Dane osobowe mogą być udostępnione:
  - a) Instytucji Zarządzającej (IZ), której funkcje pełni Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego,
  - b) Ministrowi właściwemu do spraw Rozwoju Regionalnego (Instytucja Koordynująca Umowę Partnerstwa) z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
- 6) Dane osobowe mogą być powierzone do przetwarzania podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
- 7) Dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne.
- 8) Podanie danych osobowych Kandydata/Kandydatki jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 9) Kandydat ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 10) Kandydat ma prawo dostępu do treści swoich danych, żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
- 11) Dane osobowe zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 lit. e „RODO” będą przechowywane przez okres od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie do upływu terminu 10 -cio letniego liczonego od dnia 31 grudnia roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu.
- 12) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym CST zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027 z dnia 25 stycznia 2023 r.
- 13) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 14) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.



## **I. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:**

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
  - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
  - b. Osoba z niepełnosprawnościami
  - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

## **II. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)**

1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- ☐ wyrażam zgodę na podanie informacji  
☐ odmawiam podania informacji  
☐ nie dotyczy

2) Osoba z niepełnosprawnościami

- ☐ wyrażam zgodę na podanie informacji  
☐ odmawiam podania informacji  
☐ nie dotyczy

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU  
lub jego OPIEKUNA PRAWNEGO



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

### Dane Uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko: .....

Numer PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu: .....

Tytuł Projektu: „Wsparcie w walce o Siebie”, numer umowy: FELU.08.06-IZ.00-0044/25

### OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego), **niniejszym oświadczam, że:**

1. Od dłuższego czasu oraz w momencie przystąpienia do Projektu **znajduję się w sytuacji kryzysu psychicznego.**
2. Kryzys ten przejawia się w szczególności poprzez:  
*[zaznacz krzyżykiem „X” właściwe lub opisz krótko poniżej]*
  - ☐ Nagłe i silne pogorszenie stanu emocjonalnego (np. długotrwały stres, lęk).
  - ☐ Trudności w codziennym funkcjonowaniu społecznym i zawodowym.
  - ☐ Skutki nagłego, traumatycznego wydarzenia życiowego (np. utrata pracy, choroba bliskiej osoby, żałoba).
  - ☐ Inne: .....
3. Powyższa sytuacja utrudnia mi lub uniemożliwia samodzielne rozwiązanie problemów życiowych oraz powrót do stabilności emocjonalnej i zawodowej bez specjalistycznego wsparcia oferowanego w ramach Projektu.  
Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Biura Projektu o wszelkich zmianach mojej sytuacji, które miałyby wpływ na udział w Projekcie.

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Czytelny podpis Uczestnika)



## ANKIETA OCENY SAMOPOCZUCIA PSYCHICZNEGO UCZESTNIKA

**Drodzy Uczestnicy,**

Ta ankieta jest poufna. Jej celem jest ocena Państwa aktualnego samopoczucia psychicznego oraz dopasowanie form wsparcia w ramach projektu. Prosimy o szczerą odpowiedź.

**Imię i nazwisko:** .....

**Data wypełnienia:** .....

### CZĘŚĆ I: Ocena ogólna (Skala 1–5)

Proszę zaznaczyć cyfrę, która opisuje Państwa samopoczucie w ciągu ostatnich **2 tygodni**.

#### 1. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swój poziom energii i witalności?

- ☐ 1 – Bardzo niski (brak sił)  
☐ 2 – Niski  
☐ 3 – Przeciętny  
☐ 4 – Wysoki  
☐ 5 – Bardzo wysoki (pełnia sił)

#### 2. Jak ocenia Pan/Pani swój poziom stresu w codziennym życiu?

- ☐ 1 – Brak stresu  
☐ 2 – Niski stres  
☐ 3 – Umiarkowany stres  
☐ 4 – Wysoki stres  
☐ 5 – Skrajny, paraliżujący stres

### CZĘŚĆ II: Częstotliwość występowania objawów

Jak często w ciągu ostatnich **2 tygodni** towarzyszyły Panu/Pani poniższe stany? (Proszę postawić znak „X” przy właściwej odpowiedzi).

| Jak często odczuwasz:                                 | Nigdy | Rzadko | Często | Prawie zawsze |
|-------------------------------------------------------|-------|--------|--------|---------------|
| 1. Uczucie lęku, niepokoju lub napięcia?              | [ ]   | [ ]    | [ ]    | [ ]           |
| 2. Obniżony nastrój, smutek lub przygnębienie?        | [ ]   | [ ]    | [ ]    | [ ]           |
| 3. Problemy ze snem (zasypianie, wybudzanie się)?     | [ ]   | [ ]    | [ ]    | [ ]           |
| 4. Trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji?  | [ ]   | [ ]    | [ ]    | [ ]           |
| 5. Brak satysfakcji z rzeczy, które dawniej cieszyły? | [ ]   | [ ]    | [ ]    | [ ]           |
| 6. Poczucie bezradności lub osamotnienia?             | [ ]   | [ ]    | [ ]    | [ ]           |

### CZĘŚĆ III: Wpływ na codzienne funkcjonowanie

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania, zaznaczając **TAK** lub **NIE**.

#### 1. Czy obecne samopoczucie utrudnia Panu/Pani wykonywanie obowiązków zawodowych / naukę?

[ ] TAK / [ ] NIE



**2. Czy ma Pan/Pani trudności w relacjach z bliskimi lub współpracownikami?**

[ ] TAK / [ ] NIE

**3. Czy czuje Pan/Pani, że sytuacja życiowa zaczyna Pana/Panią przerastać?**

[ ] TAK / [ ] NIE

**CZĘŚĆ IV: Potrzeby wsparcia (Pytania otwarte)**

**1. Z jakimi największymi trudnościami emocjonalnymi lub psychicznymi mierzy się Pan/Pani obecnie?**

.....

.....

.....

**2. Jakiego rodzaju wsparcia najbardziej Pan/Pani teraz potrzebuje?**

*(można zaznaczyć kilka)*

- ☐ Wsparcia motywacyjnego Asystenta zdrowienia
- ☐ Indywidualnej rozmowy z Psychologiem
- ☐ Wsparcia Pielęgniarki psychiatrycznej
- ☐ Wsparcia Terapeuty środowiskowego
- ☐ Wsparcia w postaci warsztatów Umiejętności psychospołecznych
- ☐ Wsparcia w postaci warsztatów Rozwoju osobistego
- ☐ Wsparcia w postaci warsztatów Profilaktyki dla lepszego jutra
- ☐ Wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem
- ☐ Wsparcia Specjalisty ds. Dostępności
- ☐ Wsparcia Specjalisty ds. Interwencji Kryzysowej np. porady prawnej.
- ☐ Innego: .....

---

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety.*



## UMOWA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Zawarta w dniu ..... r. w .....

pomiędzy:

### Organizatorem:

Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa Sp. z o.o. z siedzibą w , ul. Ogrodowa 46, 22-100 Chełm; KRS: 0001189060, NIP: 5632463062, REGON: 542493394 reprezentowanym/-ą przez: p. Małgorzata Prystupa zwanym/-ą dalej „**Organizatorem**”

a

### Uczestnikiem/czką:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....,

Adres zamieszkania: .....

Adres e-mail: .....

Numer telefonu: .....

zwanym/-ą dalej „**Uczestnikiem**”.

### § 1. Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest określenie zasad uczestnictwa w Projekcie pod nazwą: „Wsparcie w walce o Siebie”, nr. projektu FELU.08.06-IZ.00-0044/25 (zwanym dalej „Projektem”).
2. Projekt jest realizowany w okresie od 01.06.2026r do 31.05.2029 r.
3. Projekt jest finansowany/współfinansowany ze środków: programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2b), Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej.

### § 2. Zakres wsparcia

W ramach Projektu Uczestnik ma prawo do bezpłatnego skorzystania z następujących form wsparcia:

1. Diagnoza potrzeb uczestników projektu opracowanie IŚZ
2. Wsparcie i profilaktyka wynikająca z opracowanego IŚR , wsparcie środowiskowe w tym: wsparcie psychologiczne, wsparcie pielęgniarstwa psychologicznego, wsparcie terapeuty środowiskowego, wsparcie Asystenta zdrowienia.
3. Zajęcia profilaktyczne, warsztaty wynikające z diagnozy UP mające na celu poprawę samodzielności, bezpieczeństwa i dobrostanu UP tj. - Umiejętności psychospołeczne  
- Rozwój osobisty, - Profilaktyka dla lepszego życia.

### § 3. Prawa i obowiązki Uczestnika

1. Uczestnik ma prawo do rzetelnej i terminowej realizacji form wsparcia określonych w § 2.
2. Uczestnik zobowiązuje się do:
  - Aktywnego i regularnego uczestnictwa w zajęciach, spotkaniach i konsultacjach.
  - Punktualnego stawiania się na umówione terminy wsparcia.
  - Każdorazowego potwierdzania swojej obecności na listach obecności.
  - Wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitorujących stan samopoczucia w trakcie oraz na koniec Projektu.
3. Uczestnik ma prawo do usprawiedliwionej nieobecności na zajęciach wyłącznie z ważnych przyczyn losowych lub zdrowotnych, po przedstawieniu stosownego zaświadczenia lub oświadczenia.

### § 4. Obowiązki Organizatora

#### Organizator zobowiązuje się do:

1. Zapewnienia wykwalifikowanej kadry specjalistów (psychologów, terapeutów, trenerów) do realizacji wsparcia.



2. Zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych i technicznych do przeprowadzenia Projektu.
3. Przekazywania Uczestnikowi informacji o harmonogramie wsparcia z odpowiednim wyprzedzeniem.

#### **§ 5. Rezygnacja i wykluczenie z Projektu**

1. Uczestnik może zrezygnować z udziału w Projekcie wyłącznie z ważnych przyczyn osobistych lub zdrowotnych, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Organizator zastrzega sobie prawo do wykluczenia Uczestnika z Projektu w przypadku:
  - Opuszczenia więcej niż 80% godzin przewidzianego wsparcia bez usprawiedliwienia.
  - Rażącego naruszenia zasad współżycia społecznego lub zakłócania przebiegu zajęć.
  - Podania nieprawdziwych danych w dokumentach rekrutacyjnych (w tym w oświadczeniu o kryzysie psychicznym).

#### **§ 6. Ochrona danych osobowych (RODO)**

1. Administratorem danych osobowych Uczestnika jest Organizator.
2. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji, monitoringu, ewaluacji i rozliczenia Projektu, zgodnie z Rozporządzeniem RODO.
3. Szczegółowa klauzula informacyjna stanowi Załącznik nr 3 do regulaminu projektu.

#### **§ 7. Postanowienia końcowe**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony – od dnia jej podpisania do dnia zakończenia udziału Uczestnika w Projekcie.
2. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności (w postaci aneksu).
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz regulaminu Projektu.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
(Podpis Organizatora)

.....  
(Czytelny podpis Uczestnika)