## Załącznik nr 1 do Procedur realizacji projektu / zadania grantowego „Sami-Dzielni! - razem przeciw COVID-19”

**Wniosek o grant**

**w projekcie „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Wypełnia Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie* | | | |
| Nr wniosku |  | | |
| Data wpływu wniosku |  | Godzina wpływu wniosku |  |

**I. Dane wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa wnioskodawcy | | |  | | |
| 2. Jednostka samorządu terytorialnego szczebla | | |  | | |
| 3. NIP |  | | 4. REGON |  | |
| 5. Osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu i jej funkcja:  *\*Wskaż osobę/by uprawnioną/e do podpisywania umów i zaciągania zobowiązań w imieniu podmiotu* | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Adres siedziby (zgodny z dokumentem rejestrowym) | | | | | |
| 6. województwo | |  | 7. powiat | |  |
| 8. gmina | |  | 9. miejscowość | |  |
| 10. kod pocztowy | |  | 11. ulica | |  |
| 12. numer budynku | |  | 13. nr lokalu | |  |
| 14. nr telefonu | |  | 15. adres poczty elektronicznej | |  |

**II. Dane jednostki składającej Wniosek o grant / realizatora**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa jednostki | | |  | | |
| 2. Forma prawna | | |  | | |
| 3. NIP |  | | 4. REGON |  | |
| 5. Osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu i jej funkcja:  *\*Wskaż osobę/by uprawnioną/e do podpisywania umów i zaciągania zobowiązań w imieniu podmiotu* | | | | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Adres jednostki | | | | | |
| 6. województwo | |  | 7. powiat | |  |
| 8. gmina | |  | 9. miejscowość | |  |
| 10. kod pocztowy | |  | 11. ulica | |  |
| 12. numer budynku | |  | 13. nr lokalu | |  |
| 14. osoba do kontaktu w sprawie wniosku | | |  | | |
| 15. nr telefonu | |  | 16. adres poczty elektronicznej | |  |

**III. Podstawowe informacje o grancie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tytuł grantu** |  | | | |
| **Cel grantu** | Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców i pracowników placówek opieki całodobowej z terenu ………………………………… (należy wpisać *powiat / gmina na prawach powiatu*) w związku z zagrożeniem i skutkami COVID-19 poprzez:  1. Przygotowanie …….. *(wpisać liczbę)* miejsc do ewakuacji mieszkańców placówek całodobowych lub czasowego pobytu poza placówką opieki całodobowej zlokalizowanych w ……. *(podać adres);*  2. Zakup sprzętu i akcesoriów umożliwiającego kontakt on-line mieszkańców/ personelu z otoczeniem/rodziną w celu polepszania sytuacji osób przebywających w …….. *(podać liczbę placówek objętych grantem)* placówkach całodobowych. | | | |
| **Okres realizacji grantu** | od  dd-mm-rrrr |  | do  dd-mm-rrrr |  |

**IV. Opis grupy docelowej (uczestników projektu grantowego)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Informacja o placówkach całodobowej opieki działających na terenie Wnioskodawcy (prowadzonych przez Wnioskodawcę)** | | | | | |
| **l.p** | **Rodzaj placówek** | **Liczba placówek** | **Liczba miejsc** | **Liczba mieszkańców** | **Liczba pracowników** |
| 1. | domy pomocy społecznej |  |  |  |  |
| 2. | placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego, rodzinnego, interwencyjnego i specjalistyczno–terapeutycznego |  |  |  |  |
| 3. | schroniska dla osób w kryzysie bezdomności |  |  |  |  |
| RAZEM | |  |  |  |  |
| **B. Informacja o placówkach całodobowej opieki działających na terenie Wnioskodawcy**  **(prowadzonych na zlecenie Wnioskodawcy)** | | | | | |
| **l.p** | **Rodzaj placówek** | **Liczba placówek** | **Liczba miejsc** | **Liczba mieszkańców** | **Liczba pracowników** |
| 1. | domy pomocy społecznej |  |  |  |  |
| 2. | placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego, rodzinnego, interwencyjnego i specjalistyczno–terapeutycznego |  |  |  |  |
| 3. | schroniska dla osób w kryzysie bezdomności |  |  |  |  |
| RAZEM | |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| **ŁĄCZNIE A i B**  **tj. prowadzonych przez i na zlecenie Wnioskodawcy** | |  |  |  |  |

**V. Uzasadnienie potrzeby realizacji Grantu**

|  |
| --- |
| Zakres A:  Zakres B: |

**VI. ZAKRES A GRANTU:**

**A.1 Informacja o lokalizacji miejsc do ewakuacji mieszkańców placówek całodobowych lub czasowego pobytu poza placówką**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adres** | | | | | |
| 1. gmina |  | | 2. miejscowość | |  |
| 3. kod pocztowy |  | | 4. ulica | |  |
| 5. numer budynku |  | | 6. nr lokalu | |  |
| **Informacja o parametrach miejsca planowanego do przeznaczenia na miejsc do ewakuacji mieszkańców placówek całodobowych lub czasowego pobytu poza placówką** | | | | | |
| Liczba budynków | |  | | | |
| Powierzchnia budynku/budynków | |  | | | |
| Liczba pomieszczeń | |  | | | |
| Powierzchnia nieruchomości | |  | | | |
| **Funkcja / przeznaczenie / aktualne wykorzystanie** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Aktualny stan budynków / pomieszczeń / nieruchomości** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Planowana do utworzenia liczba miejsc do ewakuacji / czasowego pobytu** | | | | | |
| Liczba miejsc pobytu dla mieszkańców | | | |  | |
| Liczba miejsc pobytu dla pracowników | | | |  | |

**A.2 Zakres rzeczowo-finansowy grantu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie** | **Opis działań planowanych do realizacji** | **Termin realizacji**  **(mm-rrrr)** | **Koszt w zł** |
| 1. Niezbędny remont /adaptacja /prace dostosowawcze budynków/ pomieszczeń przeznaczonych ma miejsce ewakuacji/czasowego pobytu. |  |  |  |
| 2. Zakup sprzętu i wyposażenia niezbędnego do funkcjonowania miejsca ewakuacji / czasowego pobytu (m.in. łóżka – optymalnie składane, materace, krzesła, szafy, szafki, naczynia, pościel). |  |  |  |
| 3. Zakup sprzętu i wyposażenia do walki z COVID19 niezbędnego do funkcjonowania miejsca ewakuacji / czasowego pobytu (m.in. zakup i montaż śluz przed wejściem do budynku, sprzęt do dezynfekcji powierzchni (ozonatory, dekontaminatory) wraz ze środkami eksploatacyjnymi, maty dezynfekcyjne, parawany medyczne, koncentratory tlenu, ssaki elektryczne przenośne, lampy bakteriobójcze, termometry bezdotykowe, aparatura wspomagająca oddychanie, stojaki na kroplówki, itp. |  |  |  |
| 4. Zakup środków ochrony indywidualnej dla personelu i mieszkańców niezbędnych do pobytu w miejscu ewakuacji / czasowego pobytu (m.in. rękawice jednorazowe, maseczki ochronne, przyłbice, kombinezony, fartuchy, płyn do dezynfekcji powierzchni, ochraniacze na obuwie, płyn do dezynfekcji rąk, czepki ochronne, pokrowce, żele antybakteryjne, maseczki z filtrem, gogle ochronne, itp.). |  |  |  |
| 5. Zakup sprzętu i wyposażenia niezbędnego do zapewnienia komunikacji wewnętrznej w miejscu ewakuacji/czasowego pobytu oraz kontaktu on-line mieszkańców/ personelu z otoczeniem/rodziną. |  |  |  |
| 6. Opracowanie procedur / wytycznych dotyczących funkcjonowania miejsca ewakuacji/ czasowego pobytu w okresie wykorzystania go w celu walki z COVID 19, w tym dotyczących przenoszenia mieszkańców placówek całodobowych w trybie nagłym. |  |  |  |
| **RAZEM** | **zł** |

**Szczegółowy budżet grantu z Zakresu A w Części A.3 – stanowiącej załącznik nr 1 do Wniosku o grant.**

**A.4 Zakupiony w ramach grantu ww. sprzęt, wyposażenie, środki ochrony, itp. będzie przechowywany / magazynowany w następujących lokalizacjach:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p** | **Asortyment** | **Nazwa i adres miejsca przechowywania / magazynowania** |
| **1.** | **Sprzęt i wyposażenie z Zadania 2** |  |
| **2.** | **Sprzęt i wyposażenie z Zadania 3** |  |
| **3.** | **Środki ochrony indywidualnej z Zadania 4** |  |
| **4.** | **Sprzęt i wyposażenie z Zadania 5** |  |

**A.5. Wnioskowana kwota grantu z Zakresu A**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Wnioskowana kwota grantu** | | **zł** | | | |
|  | w tym | | | | | |
| I.1 | środki trwałe | zł | % udział w środkach grantu | |  | |
| I.2 | cross-financing | zł | środki bieżące | zł | % udział w środkach grantu |  |
| środki inwestycyjne | zł |

**VII. ZAKRES B GRANTU:**

**B.1**

Wnioskuję o środki na zakup sprzętu umożliwiającego kontakt on-line mieszkańców/personelu z otoczeniem/rodziną w celu polepszania sytuacji osób przebywających w ……..…. *(podać liczbę)* placówkach całodobowych *(w prowadzonych przez Wnioskodawcę: domach pomocy społecznej, schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności):*

**Placówka 1**

*Należy wpisać dane placówki opieki całodobowej, której dotyczy wniosek o powierzenie grantu - w przypadku większej liczby placówek należy powielić poniższą tabelkę i wpisać kolejny numer*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa placówki |  | | | | | |
| Rodzaj placówki |  | | | | | |
| NIP |  | | | REGON |  | |
| Adres placówki | | | | | | |
| 1. województwo | |  | | 2. powiat |  | |
| 3. gmina | |  | | 4. miejscowość |  | |
| 5. kod pocztowy | |  | | 6. ulica |  | |
| 7. numer budynku | |  | | 8. nr lokalu |  | |
| 9. nr telefonu | |  | | 10. adres poczty elektronicznej |  | |
| 11. liczba miejsc w placówce | | |  | 12. liczba mieszkańców | |  |
| 13. liczba zestawów komputerowych planowanych do zakupu w ramach grantu\* | | | |  | | |

*\*limit jeden zestaw komputerowy na 40 miejsc w placówce*

**Placówka 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa placówki |  | | | | | |
| Rodzaj placówki |  | | | | | |
| NIP |  | | | REGON |  | |
| Adres placówki | | | | | | |
| 1. województwo | |  | | 2. powiat |  | |
| 3. gmina | |  | | 4. miejscowość |  | |
| 5. kod pocztowy | |  | | 6. ulica |  | |
| 7. numer budynku | |  | | 8. nr lokalu |  | |
| 9. nr telefonu | |  | | 10. adres poczty elektronicznej |  | |
| 11. liczba miejsc w placówce | | |  | 12. liczba mieszkańców | |  |
| 13. liczba zestawów komputerowych planowanych do zakupu w ramach grantu\* | | | |  | | |

*\*limit jeden zestaw komputerowy na 40 miejsc w placówce*

**Placówka 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa placówki |  | | | | | |
| Rodzaj placówki |  | | | | | |
| NIP |  | | | REGON |  | |
| Adres placówki | | | | | | |
| 1. województwo | |  | | 2. powiat |  | |
| 3. gmina | |  | | 4. miejscowość |  | |
| 5. kod pocztowy | |  | | 6. ulica |  | |
| 7. numer budynku | |  | | 8. nr lokalu |  | |
| 9. nr telefonu | |  | | 10. adres poczty elektronicznej |  | |
| 11. liczba miejsc w placówce | | |  | 12. liczba mieszkańców | |  |
| 13. liczba zestawów komputerowych planowanych do zakupu w ramach grantu\* | | | |  | | |

*\*limit jeden zestaw komputerowy na 40 miejsc w placówce*

**Placówka …..**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa placówki |  | | | | | |
| Rodzaj placówki |  | | | | | |
| NIP |  | | | REGON |  | |
| Adres placówki | | | | | | |
| 1. województwo | |  | | 2. powiat |  | |
| 3. gmina | |  | | 4. miejscowość |  | |
| 5. kod pocztowy | |  | | 6. ulica |  | |
| 7. numer budynku | |  | | 8. nr lokalu |  | |
| 9. nr telefonu | |  | | 10. adres poczty elektronicznej |  | |
| 11. liczba miejsc w placówce | | |  | 12. liczba mieszkańców | |  |
| 13. liczba zestawów komputerowych planowanych do zakupu w ramach grantu\* | | | |  | | |

*\*limit jeden zestaw komputerowy na 40 miejsc w placówce*

**B.2**

Mieszkańcy i pracownicy powyższych placówek zostaną przeszkoleni z obsługi zakupionego sprzętu umożliwiającego kontakt on-line z otoczeniem/rodziną do dnia ……………...…. 2020 r.

*(nie później niż do dnia 31 grudnia 2020 r. z zastrzeżeniem, że jeżeli data zakończenia realizacji grantu jest wcześniejsza to dnia zakończenia realizacji grantu).*

**B.3 Kwota grantu z Zakresu B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.** | **Liczba zestawów komputerowych planowanych do zakupu zgodnie z częścią B.1** |  |
| **II.** | **Koszt zakupu 1 zestawu** | **4120 zł** |
| **III.** | **Wnioskowana kwota grantu z zakresu B**  *(tylko środki bieżące)* | **zł** |

**VIII. Łączna kwota Grantu**

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioskowana kwota grantu z zakresu A | zł |
| Wnioskowana kwota grantu z zakresu B | zł |
| **Łączna wnioskowana kwota Grantu** | zł |

**IX. Planowane efekty Grantu (Zakres A i Zakres B)**

|  |
| --- |
| 1. Przygotowanie w związku z zagrożeniem i skutkami COVID-19 …….. *(wpisać liczbę miejsc pobytu)* miejsc do ewakuacji mieszkańców placówek całodobowych lub czasowego pobytu poza placówką opieki całodobowej zlokalizowanych w ……. *(podać adres)* na terenie powiatu ……….. |
| 2. Zakup sprzętu umożliwiającego kontakt on-line mieszkańców/personelu z otoczeniem/ rodziną w celu polepszania sytuacji osób przebywających w …….. *(nazwa i adres miejsca do ewakuacji/czasowego pobytu)* w okresie walki z COVID-19. |
| 3. Opracowanie procedur / wytycznych dotyczących funkcjonowania ……….. *(nazwa i adres miejsca do ewakuacji/czasowego pobytu)* w okresie wykorzystania w celu walki z COVID-19, w tym dotyczących przenoszenia mieszkańców placówek całodobowych w trybie nagłym. |
| 4. Zakup w związku z zagrożeniem i skutkami COVID-19 ……. *(podać ilość)* zestawów sprzętu umożliwiającego kontakt on-line mieszkańców/personelu z otoczeniem/rodziną w celu polepszania sytuacji osób przebywających w …….. *(podać liczbę placówek objętych grantem)* placówkach całodobowych funkcjonujących na terenie ….. *(podać nazwę powiatu/gminy na prawach powiatu)*. |

**X. Wykaz załączników (dotyczy grantu z Zakresu A i Zakresu B)**

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

**XI. Oświadczenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | **Treść oświadczenia** | **TAK/NIE** |
| 1. | W imieniu podmiotu, który reprezentuję dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w zadaniu grantowym pn. „Sami dzielni! – razem przeciw COVID-19” w ramach projektu pn.: „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”, realizowanym przez Województwo Małopolskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie w ramach Programu Operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. |  |
| 2. | Oświadczam, że jestem uprawniony/-a do reprezentowania wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych. |  |
| 3. | Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku, oświadczeniach oraz dołączonych jako załączniki dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. |  |
| 4. | Oświadczam, że jest mi znana odpowiedzialność karna za przedłożenie fałszywych lub stwierdzających nieprawdę dokumentów albo nierzetelnego oświadczenia dotyczącego okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania dofinansowania w ramach niniejszego konkursu wynikająca z art. 286 oraz z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny (tj.: Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.). |  |
| 5. | Oświadczam, iż zapoznałem(-am) się z Procedurami realizacji projektu / zadania grantowego pn. „Sami dzielni” w ramach Projektu pn.: „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i akceptuję postanowienia w nim zawarte. |  |
| 6. | Oświadczam, że zapoznałem(-am) się ze wzorem Umowy o powierzenie Grantu oraz przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podpisania umowy o powierzenie Grantu wydatki będą podlegały dofinansowaniu na zasadach w niej określonych. |  |
| 7. | Oświadczam, że przed zawarciem umowy o powierzenie Grantu, poinformuję pisemnie Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie o wszelkich zmianach w oświadczeniach i dokumentacji powstałych w okresie pomiędzy złożeniem Wniosku a podpisaniem Umowy. |  |
| 8. | Oświadczam, że jestem świadomy, iż wskazaną formą komunikacji i dokonywania czynności w postępowaniu w zakresie przyznania dofinansowania, jest forma elektroniczna, realizowana za pomocą poczty elektronicznej. |  |
| 9. | Oświadczam, że w zakresie niniejszego grantu nie dojdzie do podwójnego finansowania wydatków, tj. dofinansowanie otrzymane w formie grantu nie zostanie przeznaczone na:  a) całkowite lub częściowe, zrefundowanie lub rozliczenie tego samego wydatku dwukrotnie ze środków publicznych krajowych bądź europejskich,  b) zapłacenie podatków, w tym podatku VAT lub innej opłaty w sytuacji kiedy istnieje prawna możliwość ich odzyskania. |  |
| 10. | Oświadczam, że dane osobowe zawarte w niniejszym wniosku przetwarzam w sposób zgodny 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.). |  |
| 11. | Oświadczam, że Wnioskodawca przekazał w imieniu Administratora w rozumieniu art. 4 pkt 7) RODO, klauzulę informacyjną, o której mowa w art. 13 RODO wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane we Wniosku o Grant. |  |
| 12. | Wyrażam zgodę na udostępnienie niniejszego wniosku innym uprawnionym instytucjom oraz osobom dokonującym ewaluacji i oceny oraz wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę Programu Operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój 2014-2020. |  |
| 13. | Wyrażam zgodę na doręczanie pism za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email wskazany w pkt A1 lub A2 wniosku. |  |
| 14. | Oświadczam, że Wnioskodawca nie został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania |  |
| 17. | Oświadczam, że Wnioskodawca nie zalega z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne. |  |
| 18. | Oświadczam, że będę przechowywał/-a w siedzibie realizatora dokumentację dotyczącą wniosku o grant przez okres wskazany w Umowie o powierzenie Grantu. |  |
| 19. | Oświadczam, że szacunkowa wartością wydatków została skalkulowana w oparciu o stawki mieszczące się w katalogu maksymalnych stawek jednostkowych dla poszczególnych kategorii wydatków określonych w załączniku nr 2 do Procedur. |  |
| 20. | Oświadcza, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki planowane do poniesienia w ramach grantu nie są współfinansowane z innych środków publicznych, w tym z innych funduszy UE oraz środków budżetu państwa , w tym że żadna z placówek objętych grantem nie otrzymała sprzętu komputerowego (lub środków na jego zakup) z przeznaczeniem dla mieszkańców/podopiecznych na wsparcie organizacji zdalnego nauczania (w pieczy zastępczej) lub umożliwienie kontaktu on-line mieszkańców/personelu z otoczeniem. |  |

………………………… 2020 r. ……………………………………………………………………………….

Data Czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
3. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);
6. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych”.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
9. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Instytucji Pośredniczącej – Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego przy Ministerstwie Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, ul. Ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - …………………… (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzez Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
10. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
12. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
13. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
14. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
15. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
16. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
17. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@rops.krakow.pl](mailto:iod@rops.krakow.pl) lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
18. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
19. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\** |