

REGULAMIN PROJEKTU „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM”

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny), dla osi priorytetowej: IX.

Włączanie społeczne’ dla działania: 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne’ dla poddziałania: 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ilekroć w Regulaminie Projektu „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM” jest mowa o:

- 1) **regulaminie** – oznacza to Regulamin Projektu „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM”;
- 2) **Projekcie** – oznacza to projekt „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM”;
- 3) **organizatorze Projektu** – oznacza to parterów Projektu wskazanych w §3,
- 4) **osobie niesamodzielnej** - oznacza to osobę, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania podstawowych czynności dnia codziennego;
- 5) **opiekunie faktycznym** – oznacza to osobę pełnoletnią opiekującą się osobą chorą na SM, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej będącą członkiem rodziny;
- 6) **uczestniku Projektu** - oznacza to osobę zakwalifikowaną do udziału w Projekcie;
- 7) **komisja rekrutacyjna** – oznacza zespół nadzorujący projekt utworzony przez Zarząd Stowarzyszenia;
- 8) **skali Barthel** - oznacza to skalę poziomu samodzielności w rozumieniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2015.1658 t.j. z dnia 2015.10.21)
- 9) **ośrodek** – oznacza budynek w Gliwicach przy ulicy Jana Śliwki 12 w którym świadczone są usługi w ramach projektu.

§2

1. Regulamin określa zasady uczestnictwa w Projekcie realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, działania 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych - konkurs.
2. Projekt skierowany jest do osób chorujących na SM.
3. Projekt realizowany jest w okresie od 01.09.2020 do 30.06.2023.
4. Udział w Projekcie jest bezpłatny.

§3

1. Projekt jest realizowany w partnerstwie:
 - a) Śląskie Stowarzyszenie Chorych na SM SEZAM, z siedzibą w Gliwicach (44 – 141 Gliwice) przy ul. Parkowej 5, KRS: 0000269884, NIP: 6312557282, REGON: 240560003z ramienia którego projekt realizuje Pation Sp. z o.o. Gliwice 44-100 ul Jana Śliwki 12 NIP: 6312647973
 - b) „EPM-OSADA” Sp. z o.o. z siedzibą w Tarnowskich Górach (42-606 Tarnowskie Góry) przy ul. Słoneczników 44, KRS:0000322105, NIP: 6452476371
2. Biuro Projektu mieści się w Gliwicach (44-102 Gliwice) przy ul. Jana Śliwki 12.
3. Biuro Projektu jest dostępne dla kandydatów i uczestników od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 16.00. oraz w środy do godziny 18.00. Godziny i dni dostępności Biura mogą ulec zmianie w trakcie realizacji Projektu. Zmiany podawane są do wiadomości publicznej poprzez zamieszczenie komunikatu na stronie <http://www.sezamsm.pl/>.

ROZDZIAŁ II POSTĘPOWANIE REKRUTACYJNE

§4

1. Rekrutacja prowadzona jest na terenie wybranych lokalizacji województwa śląskiego (lista lokalizacji dostępna w załączniku 3), w sposób ciągły w trakcie realizacji projektu. W przypadku dużej liczby zgłoszeń możliwe jest wcześniejsze zakończenie rekrutacji ogłoszone na stronie <http://www.sezamsm.pl/>.
2. Rekrutacja prowadzona jest zgodnie z zasadą równości szans płci i niedyskryminacji. Z punktu widzenia Projektu nie ma znaczenia status zawodowy i wykształcenie kandydata.
3. Rekrutacja prowadzona jest zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.
4. Organizator Projektu ustala skład Komisji Rekrutacyjnej w osobach: Joanny Smyczek, Ewy Jagieły, Tomasa Goldera

§5

1. Udział w Projekcie mogą wziąć osoby, które łącznie:
 - a) mają miejsce zamieszkania w województwie śląskim
 - b) zdiagnozowano u nich SM,

- c) dostarczyły wypełniony formularz zgłoszeniowy i złożyły komplet wymaganych dokumentów zgodnie z §6,
 - d) zostały zakwalifikowane do udziału w Projekcie,
 - e) złożyły oświadczenie Uczestnika Projektu i deklarację uczestnictwa w Projekcie,
 - f) oświadczyła, że nie korzysta z takiego samego wsparcia w innych projektach finansowanych ze środków UE (oświadczenie dołączone do formularza zgłoszeniowego)
 - g) dostarczyły inne dokumenty wskazane przez komisję rekrutacyjną potwierdzające status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
2. W przypadku gdy liczba zgłoszeń przewyższa liczbę dostępnych usług pierwszeństwo mają:
- a) Osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego
 - b) Osoby 65+ z jednoosobowych gospodarstw domowych

§6

1. Osoba ubiegająca się o zakwalifikowanie do Projektu jest obowiązana przedłożyć diagnozę lub inne dokumenty potwierdzające SM
2. Złożenie kompletu wymaganych dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

§7

1. Interaktywny elektroniczny formularz zgłoszeniowy do projektu, o którym mowa w §5 dostępny jest na stronie internetowej <http://www.sezamsm.pl/projekty>
2. Pozostałe dokumenty wymagane w procesie rekrutacji można:
 - a. złożyć w Biurze Projektu,
 - b. wysłać przesyłką pocztową na adres Biura Projektu, 44-100 Gliwice ul Jana Śliwki 12,
 - c. wysłać drogą elektroniczną na adres: biuro@sezamsm.pl,

§8

1. Decyzję w sprawie zakwalifikowania kandydata do uczestnictwa w Programie podejmuje Komisja Rekrutacyjna.
2. Kandydat informowany jest o decyzji Komisji Rekrutacyjnej przez personel projektu z zachowaniem ochrony danych osobowych a dokumenty rekrutacyjne udostępnione są do wglądu w Biurze Projektu.

§9

1. Kandydat, który nie został zakwalifikowany do uczestnictwa w Projekcie ma prawo wniesienia odwołania do Zarządu Śląskiego Stowarzyszenia Chorych na SM „SEZAM”.
2. Odwołanie wnosi się w terminie 14 dni roboczych od dnia otrzymania informacji o decyzji komisji rekrutacyjnej. Dla oceny zachowania terminu do wniesienia odwołania rozstrzygająca jest data wpływu odwołania do Biura Projektu.
3. Odwołanie wymaga uzasadnienia. Dopuszcza się wniesienie odwołania za pośrednictwem poczty elektronicznej.
4. Zarząd Stowarzyszenia rozpoznaje odwołanie w terminie do 14 dni roboczych od dnia jego wpływu do Biura Projektu.
5. Uwzględnienie odwołania przez Zarząd Stowarzyszenia oznacza skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Komisję Rekrutacyjną, następującego przy udziale przedstawiciela Zarządu Stowarzyszenia.

§10

1. Kandydat po zakwalifikowaniu do Programu na udostępnionym mu wzorze składa oświadczenie uczestnika Projektu .
2. Uczestnictwo w Projekcie oznacza wyrażenie zgody na utrwalenie wizerunku Uczestnika w postaci dokumentacji fotograficznej bądź filmowej realizowanej w ramach Projektu i umieszczenie na stronie internetowej oraz portalach społecznościowych Partnerów projektu.

ROZDZIAŁ III

ZAKRES USŁUG

§11

W ramach Projektu dostępne są następujące usługi:

- 1) Krótkookresowy pobyt całodobowy
- 2) Skoordynowane wsparcie domowe
- 3) Rehabilitacja ambulatoryjna

§12

1. Dostępność i liczba usług świadczonych na rzecz poszczególnych Uczestników Projektu jak i zakres usług wyznaczają ramy rzeczowo – finansowe Projektu .
2. Dojazd na formy wsparcia w ramach usług zdrowotnych pozostaje we własnym zakresie uczestników. Transport w ramach projektu może być przyznany - z wyłączeniem dowozu do punktu poboru materiału do badań laboratoryjnych - na podstawie indywidualnych potrzeb zgłoszonych w Biurze Projektu,
3. Dojazd uczestników na krótkookresowy pobyt całodobowy może być zapewniony w ramach projektu, o ile uczestnik nie jest w stanie dotrzeć we własnym zakresie lub z pomocą osób najbliższych.

ROZDZIAŁ IV

KRÓTKOOKRESOWY POBYT CAŁODOBOWY

§13

1. Miejsca krótkookresowego pobytu całodobowego mieszczą się w budynku Ośrodka Pation przy ulicy Jana Śliwki 12 w Gliwicach. Do dyspozycji uczestników jest 20 miejsc w pokojach 1,2,3 osobowych wraz z aneksami kuchennymi i łazienkami umożliwiającymi samodzielne przygotowanie posiłków.
2. Warunkiem koniecznym przy kwalifikacji na pobyt jest posiadanie oceny w skali Barthel w przedziale 40-80.
3. Pobyt (turnus) trwa 2 tygodnie. Rozpoczyna się w poniedziałek od godziny 10:00 i kończy się po 13 dniach w sobotę o godzinie 11:00. Uczestnik jest zobowiązany do zarejestrowania się w pierwszym dniu pobytu w godzinach 08.00 – 10.00 i wyrejestrowania do godziny 11.00 ostatniego dnia pobytu. W sytuacjach wyjątkowych uczestnik może rozpocząć i zakończyć korzystanie z pobytu w trakcie trwania turnusu. Szczegóły pobytu będą ustalane indywidualnie przez Biuro Projektu.
4. Procedura przyjęcia na turnus:
 - a) Wstępne zarezerwowanie terminu pobytu najpóźniej na 14 dni przed planowanym rozpoczęciem turnusu (osobiście lub telefonicznie w rejestracji Ośrodka)
 - b) Uzyskanie wyników zleconych badań laboratoryjnych przed wizytą kwalifikacyjną u lekarza internisty
 - c) Podpisanie umowy trójstronnej pomiędzy uczestnikiem, opiekunem i Pation Sp. z o.o.
 - d) Uzyskanie zgody lekarza internisty na pobyt, termin konsultacji ustala rejestracja ośrodka przed planowanym rozpoczęciem turnusu
 - e) Zarejestrowanie się na pobyt zgodnie z pkt 3

5. W trakcie pobytu uczestnik zobowiązany jest do uczestniczenia w zajęciach obowiązkowych oraz dobrowolnie w zajęciach fakultatywnych. Grafik zajęć obowiązkowych przekazywany jest w pierwszym dniu pobytu przez pracownika rejestracji oraz dostępny jest na indywidualnym koncie uczestnika
6. Uczestnik w trakcie pobytu ma zapewnione 3 posiłki (śniadanie, obiad i kolację) wydawane w jadalni Ośrodka. Śniadania wydawane są do godziny 9:00, kolacje do godziny 19:00 (nie dotyczy osób uczestniczących w zajęciach obowiązkowych).
7. Szczegółowe rodzaje wsparcia dostępnego dla uczestników w trakcie turnusu:
 - a) Rehabilitacja
 - b) Opieka pielęgniarska
 - c) Konsultacje lekarskie
 - d) Terapia psychologiczna
 - e) Terapia logopedyczna
 - f) Warsztaty terapeutyczne
 - g) Konsultacje dietetyczne
 - h) Zajęcia integracyjne i terapia zajęciowa
 - i) Relaksacja i zajęcia gimnastyczne
8. Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste, przedmioty oraz środki płatnicze należące do Uczestnika, które nie zostały oddane na przechowanie do depozytu
9. Uczestnikowi udostępnia się miejsce w pokoju 1,2,3 osobowym z w pełni wyposażoną łazienką i aneksem kuchennym. Wyposażenie zestawiono na karcie inwentarzowej dostępnej w każdym pokoju.
10. Uczestnik ponosi pełną odpowiedzialność materialną za wszelkiego rodzaju uszkodzenia lub zniszczenia wyposażenia i urządzeń technicznych Ośrodka, powstałe z jego winy lub z winy odwiedzających go Gości. Opłata za zgubioną kartę dostępu wynosi 25 zł.
11. Z chwilą wystąpienia jakichkolwiek usterek lub uszkodzeń w pokoju, uczestnik jest zobowiązany poinformować o tym pracownika rejestracji lub obsługi miejsc pobytowych
12. W Ośrodku obowiązuje cisza nocna w godzinach 22.00 – 6.00. Do dyspozycji osób odwiedzających uczestników jest kawiarenka. Pokoje pobytowe są dostępne jedynie dla uczestników i personelu.
13. Na terenie Ośrodka obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów, wyrobów tytoniowych i e-papierosów oraz spożywanie napojów alkoholowych.
14. Ze względów bezpieczeństwa, uczestnik opuszczający pokój powinien każdorazowo zamknąć okno, wyłączyć telewizor, zgasić światło, zakręcić krany. Zabronione jest używanie w pokojach grzałek, żelazek elektrycznych i innych podobnych urządzeń nie stanowiących wyposażenia pokoju.

ROZDZIAŁ V

SKOORDYNOWANE WSPARCIE DOMOWE

§14

1. Korzystać ze wsparcia w ramach skoordynowanego wsparcia domowego może uczestnik/a, który osiągnął ocenę maksymalnie 40 pkt wg skali Barthel.
2. Szczegółowe rodzaje wsparcia dostępnego dla uczestników zakwalifikowanych do skoordynowanego wsparcia domowego:
 - a. Opieka opiekuna/asystenta medycznego
 - b. Rehabilitacja domowa
 - c. Terapia logopedyczna w miejscu zamieszkania
 - d. Terapia psychologiczna w miejscu zamieszkania
 - e. Skoordynowana opieka ze strony lekarzy – specjalistów wraz z konieczną diagnostyką
3. Zakres opieki pielęgniarskiej oraz opiekuna/asystenta medycznego zostanie ustalony na podstawie przeprowadzonego wywiadu w miejscu zamieszkania uczestnika.
4. Zakres rehabilitacji domowej zostanie określone w trakcie diagnozy wstępnej przeprowadzonej przez rehabilitanta. Rehabilitant określi, jeśli konieczne rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego do użytku przez uczestnika oraz sposób jego wykorzystania.
5. Konieczność prowadzenia terapii logopedycznej określi logopeda w trakcie diagnozy wstępnej wraz z wielkością i zakresem wsparcia.
6. Konieczność prowadzenia terapii psychologicznej określi psycholog w trakcie diagnozy wstępnej wraz z wielkością i zakresem wsparcia.
7. Koordynacja konsultacji u lekarzy specjalistów i zlecanych badań diagnostycznych będzie realizowana przez lekarza internistę lub neurologa. Konsultacje oraz badania diagnostyczne będą się odbywać w miejscach wskazanych przez Biuro Projektu. Uczestnikowi przysługuje usługa transportowa oraz usługa poboru mobilnego w przypadku badań laboratoryjnych.
8. Terminy wsparcia będą ustalane na bieżąco przez pracowników rejestracji.
9. Koordynację wsparcia realizuje zespół składający się z pracowników biura projektu i personelu udzielającego wsparcia.

ROZDZIAŁ VI

REHABILITACJA AMBULATORYJNA

§15

1. Rehabilitacja będzie realizowana w budynku Ośrodka Patyon w Gliwicach przy ulicy Jana Śliwki 12.
2. Zakres, rodzaj i wielkość rehabilitacji będzie określona w trakcie pierwszej wizyty diagnostycznej

3. Terminy rehabilitacji ustalą pracownicy rejestracji. Kolejność osób uczestniczących w rehabilitacji będzie ustalana ze względu na ich aktualny stan zdrowia i dostępną liczbę godzin wsparcia w ramach projektu oraz korzystania z rehabilitacji z innych źródeł. O kolejności i długości terapii decyduje zespół fizjoterapeutów.

ROZDZIAŁ VII OBOWIĄZKI UCZESTNIKA

§16

Uczestnik projektu jest zobowiązany do:

- 1) przestrzegania Regulaminu,
- 2) punktualnego stawienia się na uzgodnione terminy form wsparcia i wcześniejszego powiadamiania o rezygnacji z ustalonego terminu
- 3) dwukrotna rezygnacja ze wsparcia w dniu ustalonego terminu będzie skutkować jego zawieszeniem, kontynuacja będzie możliwa po uzyskaniu zgody Kierownika Ośrodka na wniosek uczestnika,
- 4) potwierdzania korzystania z form wsparcia w sposób ustalony przez Biuro Projektu,
- 5) pozostawania w gotowości do uczestniczenia we wszystkich formach wsparcia pod warunkiem braku przeciwwskazań zdrowotnych,
- 6) udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej,
- 7) terminowego i rzetelnego wypełniania wszelkich dokumentów monitoringowych i ewaluacyjnych dostarczonych przez Organizatora Projektu,
- 8) bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić lub uniemożliwić dalszy udział w projekcie, a także o zmianach danych osobowych, zwłaszcza zmianie nazwiska, miejsca zamieszkania, telefonu kontaktowego,
- 9) dbania o mienie Organizatora Projektu znajdujące się w udostępnionych pomieszczeniach i korzystanie z niego zgodnie z jego przeznaczeniami,
- 10) uczestnik samodzielnie kontroluje realizację zaleceń lekarza i jest odpowiedzialny za wykonanie zleconych badań diagnostycznych przed wizytą u zlecającego specjalisty.
- 11) Wszelkie pytania odnośnie organizacji wsparcia należy kierować do pracowników rejestracji. Konieczność odwołania zaplanowanego wsparcia należy zgłaszać najszybciej jak to możliwe. Szczegóły kontaktu z rejestracją są dostępne na stronie Stowarzyszenia www.sezamsm.pl

ROZDZIAŁ VIII SKREŚLENIE Z LISTY UCZESTNIKÓW PROJEKTU

§17

Organizator Projektu zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika Projektu z listy Uczestników Projektu w przypadku naruszenia przez Uczestnika Regulaminu lub zasad współżycia społecznego, a w szczególności w razie:

- 1) naruszenia nietykalności cielesnej innego Uczestnika Projektu lub innej osoby z personelu,
- 2) dopuszczenia się aktu kradzieży lub wandalizmu,
- 3) uczestniczenia w formach wsparcia pod wpływem alkoholu,

ROZDZIAŁ VIII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§18

1. Regulamin dostępny jest w wersji elektronicznej na stronie internetowej <http://www.sezamsm.pl/projekty>
2. Organizator zastrzega sobie prawo dokonywania wiążącej wykładni postanowień Regulaminu oraz prawo dokonywania zmian Regulaminu.
3. Dokonując zmiany Regulaminu Organizator udostępnia zmienioną treść Regulaminu na stronie <http://www.sezamsm.pl>
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.04.2021 roku.

Historia zmian:

01.04.2021 publikacja pierwszej wersji

11.10.2021 publikacja drugiej wersji

22.03.2022 publikacja trzeciej wersji

Załączniki:

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie
2. Oświadczenie uczestnika projektu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKcie:

WYTCHNIENIE I REHABILITACJA DLA OSÓB Z SM

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie: „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM” realizowanego przez ŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE CHORYCH NA SM SEZAM, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Poddziałanie 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych - konkurs.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Projektu „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
4. Oświadczam, że nie korzystam z identycznego wsparcia w innych projektach finansowanych z funduszy unijnych (rodzaje wsparcia dostępne w projekcie WiR wyszczególniono w regulaminie dostępnym na www.sezamsm.pl):

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU: WYTCHNIENIE I REHABILITACJA DLA OSÓB Z SM

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Wytchnienie i Rehabilitacja dla osób z SM” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji
 - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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 – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 i 126 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 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.



- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Śląskie Stowarzyszenie Chorych na SM SEZAM 44-141 Gliwice ul Parkowa 5 .
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) 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, potwierdzone stosownym dokumentem*.
- 2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*.
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU**

*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

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