

I. INFORMACJE OGÓLNE

- 1) Zakładana liczba uczestników/uczestniczek: 130 osób z niepełnosprawnością w tym z niepełnosprawnością ruchową, wzrokową, słuchową (w tym 50 osób niesamodzielnych), z terenu powiatu jaworskiego, kłodzkiego, ząbkowickiego oraz miasta Legnicy, w tym osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osoby bezrobotne sprofilowane jako najbardziej oddalone od rynku pracy zgodnie z *Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* oraz osoby nieaktywne wymagające aktywizacji społeczno-zawodowej.
- 2) Czas trwania wywiadu środowiskowego/usługi: 5 godzin na jednego uczestnika/uczestniczkę projektu, w tym przygotowanie opinii/raportu z przeprowadzonej usługi z propozycją planu pomocy i działań na rzecz konkretnej osoby niepełnosprawnej.
- 3) Miejsce realizacji usługi: w miejscu zamieszkania uczestnika/uczestniczki projektu (osoby z niepełnosprawnością lub rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością) lub też w miejscu ich pobytu na terenie powiatu jaworskiego, kłodzkiego, ząbkowskiego oraz miasta Legnicy.

II. PRZYGOTOWANIE I REALIZACJA WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

1. Wykonawca ma obowiązek:
 - 1) Rozpocząć realizację usługi nie później niż w ciągu 2 dni roboczych od zgłoszenia zapotrzebowania przez zamawiającego na usługę.
 - 2) Zapewnić adekwatną do ilości osób i zapotrzebowanie na kadre merytoryczną do przeprowadzenia wywiadu środowiskowego i zrealizować usługę zgodnie z minimalnym standardem dla tego rodzaju usług.
 - 3) Przygotować i przekazać każdemu uczestnikowi/uczestniczce plan/agendę w jaki sposób będzie przebiegać wywiad.
 - 4) Prowadzić karty doradcze/usługi wraz z odbiorem wsparcia przez uczestnika projektu (zawierające co najmniej następujące informacje: imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu, miejsce realizacji usługi, ilość godzin i daty przeprowadzonego wywiadu; opracować narzędzie – wywiad środowiskowy, sporządzić opinię/raport z przeprowadzonej usługi/wywiadu, przedstawić Zamawiającemu agendę doradztwa/wywiadu.
 - 5) Przekazać Zamawiającemu opracowane narzędzie – wywiad środowiskowy, sporządzoną opinię/raport z przeprowadzonej usługi z propozycją planu pomocy i działań na rzecz konkretnej osoby niepełnosprawnej i pozostałych dokumentów związanych z realizacją usługi.
 - 6) Informować Zamawiającego na bieżąco (tj. natychmiast od zaistnienia zdarzenia) o przerwaniu realizacji wywiadu w trakcie jego trwania lub o rezygnacji z uczestnictwa przed jego rozpoczęciem.
 - 7) Postępować się językiem wolnym od stereotypów oraz niedyskryminowanie uczestników wywiadu ze względu na ich płeć, wiek, wykształcenie, obszar zamieszkania, niepełnosprawność, rasę, wyznanie czy orientację seksualną.
2. Wymagania dotyczące kadry realizującej przedmiot zamówienia - w celu realizacji zadań wynikających z przedmiotu Umowy, Wykonawca zapewni udział kadry merytorycznej o odpowiednich kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym odpowiadającym zakresowi usługi przeprowadzenia wywiadu środowiskowego wraz z sporządzeniem raportu/opinii.



ZAŁĄCZNIK NR 2

Miejscowość i data

pieczęć firmowa Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

do zapytania ofertowego w ramach zasady konkurencyjności nr ZK/02/2017/OzN

Nawiązując do zapytania ofertowego, prowadzonego w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są: **usługi przeprowadzenia indywidualnego wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu** dla 130 uczestników projektu pn. „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnościami**” realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowa 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych", 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych - konkursy horyzontalne.

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Legnickie Stowarzyszenie Inicjatyw Obywatelskich (LSIO)

ul. Kościuszki 25/1

59-220 Legnica

2. Nazwa (nazwisko) i adres Wykonawcy:

.....

nr tel. nr faksu

e-mailNIP REGON

3. Cena oferty

Niniejszym ja, niżej podpisany oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z przedmiotem zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym za:

cena netto za jedną godzinę świadczenia usługi doradczej..... zł

(słownie:)

cena brutto za jedną godzinę świadczenia usługi doradczej..... zł

(słownie:)



4. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem informacje konieczne do przygotowania i złożenia oferty.
5. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego, na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym i załącznikach.
6. Oświadczam, że powyższa cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
7. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w Zapytaniu Ofertowym przedmiotowego postępowania.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym, nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie ze złożoną ofertą.
9. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania postawione przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu.
10. Oświadczam, że w przypadku wyboru oferty uważam się za związanego/a niniejszą ofertą przez cały okres trwania umowy.
11. Załącznikami do niniejszej oferty są:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego podanych powyżej danych. „Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (tekst jedn. Dz. U. 2002, Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb projektu „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością”.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
/podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/



ZAŁĄCZNIK NR 3

/Pieczęć Wykonawcy/

WYKAZ ZREALIZOWANYCH USŁUG

Lp.	Nazwa zamówienia i miejsce jego wykonania	Wartość brutto w zł	Przedmiot zamówienia - zakres prac, liczba godzin, ilość osób objętych doradztwem/usługą	Termin wykonania	Dane Kontaktowe Zamawiającego potwierdzającego realizację usługi
1.					
2.					
3.					

Należy dołączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie i kadrę, zgodnie z ust. V i VII Zapytania Ofertowego. Dokumenty powinny być dołączone w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
/podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/

.....
/Pieczęć Wykonawcy/

O Ś W I A D C Z E N I E
o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu wraz załącznikami
oraz niepodleganiu wykluczeniu z postępowania

Nawiązując do zapytania ofertowego, prowadzonego w trybie zasady konkurencyjności, którego przedmiotem są: **usługi przeprowadzenia indywidualnego wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu** dla uczestników projektu pn. „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnością**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowa 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych", 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych - konkursy horyzontalne, oświadczam, że*:

- Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia.
- Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzieleniu zamówienia z powodu:

- Zalegania z uiszczenia podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadków, kiedy uzyskane zostało przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległości płatności lub wstrzymane w całości wykonania decyzji właściwego organu.
- Złożenia nieprawdziwych informacji mających wpływ na wynik prowadzonego postępowania.
- Otwarcia w stosunku do Wykonawcy postępowania likwidacyjnego lub ogłoszenia upadłości.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
/podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

* właściwe zaznaczyć

.....
/Pieczęć Wykonawcy/

O Ś W I A D C Z E N I E

o zaangażowaniu zawodowym w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym pozostałym zaangażowaniu zawodowym

Przystępując do postępowania w zakresie **przeprowadzenia indywidualnego wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu** dla uczestników projektu pn. „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnością**” realizowanego w ramach Osi Priorytetowej 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych" Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, oświadczam, że:

- nie jestem zaangażowana/zaangażowany w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności*

- jestem zaangażowana/zaangażowany*:
 - w realizację innych projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu spójności,
 - w działania finansowane z innych źródeł, a obciążenie wynikające z ich wykonywania nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji zadań powierzonych mi w ramach poniższej umowy*

W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian Wykonawca jest zobowiązany niezwłocznie poinformować Zamawiającego.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą

..... dnia

.....
/podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/

*niepotrzebne skreślić

.....
/Pieczęć Wykonawcy/

O Ś W I A D C Z E N I E

o niezatrudnieniu w instytucji uczestniczącej w realizację RPO WD na podstawie stosunku pracy

Przystępując do postępowania w zakresie **przeprowadzenia indywidualnego wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu** dla uczestników projektu pn. „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnością**” realizowanego w ramach Osi Priorytetowej 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych" Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, oświadczam, że:

- jestem/nie jestem* zatrudniona/zatrudniony w instytucji uczestniczącej w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 na podstawie stosunku pracy, tj. w Instytucji Zarządzającej/instytucji, do której Instytucja Zarządzająca delegowała zadania związane z zarządzaniem RPO WD.
- zachodzi/nie zachodzi* konflikt interesów (w rozumieniu Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014-2020) lub podwójne finansowanie.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

UZASADNIENIE: jeżeli dotyczy:

..... dnia

.....
/podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

*niepotrzebne skreślić

.....
/Pieczęć Wykonawcy/

O Ś W I A D C Z E N I E

o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia w trybie zasady konkurencyjności **na usługi przeprowadzenia wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu dla uczestników/uczestniczek projektu „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnością”**, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowa 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych", 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych - konkursy horyzontalne, oświadczam(y), że nie jestem(eśmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Wykonawcą a Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a polegające w szczególności na:

- 1) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- 2) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- 3) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- 4) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....
/podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/



O Ś W I A D C Z E N I E

o promesie podpisania weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową

Ja niżej podpisany/na niniejszym oświadczam i deklaruję, w przypadku wybrania mojej oferty jako najkorzystniejszej, podpisanie weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową na potrzeby prawidłowego zabezpieczenia umowy zawartej na podstawie niniejszego zapytania ofertowego, na potrzeby realizacji **usług przeprowadzenia indywidualnego wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu** dla uczestników/uczestniczek projektu „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnością**”, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowa 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych", 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych - konkursy horyzontalne.

Kwota zabezpieczenia będzie równa kwocie wynagrodzenia za świadczone ww. usługi.

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami złożenia zabezpieczenia i jego zwrotu i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam, że wiem, że brak złożenia zabezpieczenia, o którym mowa wyżej, może spowodować odstąpienie od podpisania umowy, a tym samym niespełnienie warunków udziału w postępowaniu i ostatecznie odrzucenie złożonej oferty.

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że dane zawarte w niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

..... dnia

.....

/podpis osoby uprawnionej do składania
Oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy/

**UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA
DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU
„Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością”**

z dnia r. w Legnicy (zwana dalej „Umową”), pomiędzy:

zwanym dalej: **ZLECENIODAWCĄ**

a

zwanym dalej **ZLECENIOBIORCĄ**
wspólnie zwanymi dalej „Stronami”.

Działając na podstawie Umowy o dofinansowanie nr **RDPS.09.02.01.02-0026/16-00** na realizację Projektu pt. „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością**”, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020.

Strony postanawiają, co następuje:

§ 1.

Użyte w Umowie określenia oznaczają:

1. Ustawa - ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.);
2. Rozporządzenie - Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024);
3. Dane osobowe – na podstawie art. 6 Ustawy, są to wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej, a które dotyczą uczestników projektów, które muszą być przetwarzane przez Wykonawcę w celu wykonania Umowy o dofinansowanie nr **RDPS.09.02.01.02-0026/16-00**;
4. Administrator danych:
 - 1) Bazy danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego – Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50 – 411 Wrocław,
 - 2) w ramach zbioru danych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającego realizację programów operacyjnych - Minister właściwy do spraw Rozwoju Regionalnego mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa;
5. Przetwarzanie danych – jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie danych osobowych
6. Dokument – dowolny nośnik, tradycyjny lub elektroniczny, na którym zapisane są dane osobowe
7. Pracownik – osoba świadcząca pracę na podstawie stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego

Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób Z Niepełnosprawnością

Legnica 59-220, ul. Roosevelta 23/1
tel. +48 570 448 622
rekrutacja@lsio.org.pl



§ 2.

1. Na podstawie umowy o dofinansowanie nr **RDPS.09.02.01.02-0026/16-00**, Zleceniodawca, powierza Zleceniobiorcy przetwarzanie danych osobowych w imieniu i na rzecz Zleceniodawcy na warunkach określonych w niniejszej Umowie.
2. Powierzenie przetwarzania danych, o których mowa w ust. 1 dotyczy wszelkich dokumentów dotyczących realizacji Projektu **„Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnościami”**
3. Zleceniodawca umocowuje Zleceniobiorcę do dalszego powierzania przetwarzania danych, w imieniu i na rzecz Zleceniodawcy, na potrzeby wykonania **indywidualnej usługi z zakresu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego**.

§ 3.

1. Powierzenie przetwarzania danych przez Zleceniobiorcę następuje wyłącznie w celu i w zakresie w jakim jest to niezbędne do prawidłowego wykonania obowiązków wynikających z zawartej umowy na przeprowadzenie **indywidualnej usługi z zakresu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego** w ramach projektu **„Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnościami”**.
2. Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania określa załącznik nr 1 do Umowy.
3. Zleceniobiorcy:
 - 1) nie decydują o celach i środkach przetwarzania danych;
 - 2) nie są uprawnieni do zakładania oraz posiadania lub tworzenia jakichkolwiek kopii dokumentów zawierających dane osobowe.

§ 4.

1. Zleceniobiorca zapewni środki techniczne i organizacyjne umożliwiające należyte zabezpieczenie danych osobowych, wymagane przepisami prawa, w szczególności Ustawy oraz Rozporządzenia.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania, w szczególności następujących zasad postępowania z dokumentami:
 - 1) pracowania jedynie z dokumentami niezbędnymi do wykonania obowiązków wynikających z zawartej umowy przeprowadzenia **indywidualnej usługi z zakresu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego**.
 - 2) przechowywania dokumentów przez okres nie dłuższy niż czas niezbędny do zrealizowania zadań, do których wykonania Dokumenty są przeznaczone,
 - 3) nietworzenia kopii dokumentów innych niż niezbędne do realizacji umowy **indywidualnej usługi z zakresu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego**.
 - 4) zachowania danych osobowych w poufności, także po ustaniu zatrudnienia u Zleceniodawcy.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
 - 1) zachowania w poufności wszystkich powierzonych lub uzyskanych danych osobowych także po rozwiązaniu umowy przeprowadzenia audytu
 - 2) zabezpieczenia korespondencji i wszelkich otrzymanych dokumentów przed kradzieżą, uszkodzeniem i zaginięciem;
 - 3) niewykorzystywania zebranych danych osobowych dla celów innych niż określone w przedmiotowej umowie oraz umowie o **indywidualne usługi z zakresu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego**.
 - 4) Zleceniobiorca odpowiada za szkody, jakie powstaną wobec Zleceniodawcy lub osób trzecich w wyniku niezgodnego z Umową przetwarzania danych osobowych.



§ 5.

1. Zleceniobiorca niezwłocznie poinformuje Zleceniodawcę o:
 - 1) wszelkich przypadkach naruszenia tajemnicy danych osobowych lub o ich niewłaściwym użyciu;
 - 2) wszelkich czynnościach z własnym udziałem w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych prowadzonych, w szczególności przed urzędami państwowymi, policją lub przed sądem.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielenia Zleceniodawcy, na każde jego żądanie, informacji na temat przetwarzania danych przez Zleceniobiorcę, a w szczególności niezwłocznego przekazywania informacji o każdym przypadku naruszenia obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych.

§ 6

1. W kwestiach nieuregulowanych w Umowie zastosowanie mają przepisy Ustawy oraz przepisy wykonawcze wydane na podstawie Ustawy.
2. Umowa zostaje zawarta na czas realizacji umowy na **indywidualne usługi z zakresu przeprowadzenia wywiadu środowiskowego** i z dniem ich rozwiązania, rozwiązaniu ulega również przedmiotowa Umowa.
3. Umowa wchodzi w życie z dniem zawarcia umowy przez Strony.
4. Integralną część Umowy stanowią:
 - 1) Załącznik nr 1: - Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania.
5. Umowa została sporządzona w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA



Załącznik nr 1: Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania.

DANE OSOBOWE KANDYDATA/UCZESTNIKA PROJEKTU¹

IMIĘ											
NAZWISKO											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA					<input type="checkbox"/> MĘCZYZNA					
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (na dzień złożenia Formularza)		PESEL									
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe [brak formalnego wykształcenia]										
	<input type="checkbox"/> podstawowe [kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej]										
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne [kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej]										
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne [kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)]										
	<input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne [kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym]										
	<input type="checkbox"/> wyższe [pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym tj. licencjackim, magisterskim lub doktorskim]										

DANE KONTAKTOWE – MIEJSCE ZAMIESZKANIA

WOJEWÓDZTWO		POWIAT	<input type="checkbox"/> JAWORSKI <input type="checkbox"/> KŁODZKI <input type="checkbox"/> ZĄBKOWICKI		
			<input type="checkbox"/> POWIAT MIASTO LEGNICA		
GMINA		MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY		ULICA			
NUMER BUDYNKU		NUMER LOKALU			
TELEFONY KONTAKTOWE	STACJONARNY		KOMÓRKOWY		
ADRES POCZTY E-MAIL					

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy	<input type="checkbox"/> II profilu pomocy
	<input type="checkbox"/> III profilu pomocy	<input type="checkbox"/> brak profilu
OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY <i>(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy	<input type="checkbox"/> II profilu pomocy
	<input type="checkbox"/> III profilu pomocy	<input type="checkbox"/> brak profilu

¹ Status uczestnika projektu osoba nabywa po wydaniu przez Komisję Rekrutacyjną decyzji kwalifikującej.



OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym długostrwale bezrobotna niezarejestrowana <i>(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA BIERNA ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli zaznaczono TAK	<input type="checkbox"/> W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU	
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH, SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA, KTÓREJ DOCHÓD NIE PRZEKRACZA 150% WŁAŚCIWEGO KRYTERIUM DOCHODOWEGO (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA W INNEJ, NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ tj. osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)
W PRZYPADKU OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ PROSIMY O INFORMACJE DOTYCZĄCE POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I/LUB ZDOLNOŚCI DO PRACY	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności
	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim
	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym
	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie
OSOBA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI osoba chora psychicznie – wykazująca zaburzenia psychotyczne; upośledzona umysłowo, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)

OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

OSOBA LUB RODZINY KORZYSTAJĄCA ZE ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ , zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej LUB KWALIFIKUJĄCE SIĘ DO OBJĘCIA WSPARCIEM POMOCY SPOŁECZNEJ, T.J. SPEŁNIAJĄCE CO NAJMNIEJ JEDNĄ Z PRZESŁANEK OKREŚLONYCH W ART. 7 WW. USTAWY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA, O KTÓREJ MOWA W ART. 1 UST. 2 USTAWY Z DNIA 13 CZERWCA 2003 R. O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W PIECZY ZASTĘPCZEJ LUB OPUSZCZAJĄCE PIECZĘ ZASTĘPCZĄ ORAZ RODZINY PRZEŻYWAJĄCE TRUDNOŚCI W PEŁNIENIU FUNKCJI OPIEKUŃCZO - WYCHOWAWCZYCH , o których mowa w ustawie z dn. 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NIELETNIA , wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, zgodnie z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r, poz. 382 z późn. zm)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKACH WYCHOWAWCZYCH I MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKACH SOCJOTERAPII , o których mowa w ustawie z dnia 7września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2015 r, poz. 2156 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
RODZINA Z DZIECKIEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NIESAMODZIELNA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA KORZYSTAJĄCA Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZENIA

Świadoma(-y) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

- 1) **dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą,**
- 2) zostałem(-am) poinformowany(-a), że Projekt „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością” jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020,
- 3) zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko, podpis³

W ZAŁĄCZENIU PRZEDKŁADAM (JEŚLI DOTYCZY):

ZAŁĄCZNIK NR 1	<input type="checkbox"/> zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
ZAŁĄCZNIK NR 2	<input type="checkbox"/> kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności
ZAŁĄCZNIK NR 3	<input type="checkbox"/> inne _____
ZAŁĄCZNIK NR 4	<input type="checkbox"/> inne _____

*OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA:

Ja, niżej podpisany/a.....legitymujący się dowodem osobistym seria nr
.....oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym/ rodzicem..... i
wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w projekcie „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnością**”.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego/rodzica

² Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2)1) uzależnionych od alkoholu, 3)1) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

³ W przypadku osoby małoletniej oświadczenia powinny zostać podpisane przez jego opiekuna prawnego /rodzica.

Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób Z Niepełnosprawnością

Legnica 59-220, ul. Roosevelta 23/1

tel. +48 570 448 622

rekrutacja@lsio.org.pl

ZAŁĄCZNIK NR 10

Legnica, dnia.....

DEKLARACJA WYSTAWCY WEKSLA IN BLANCO

Jako zabezpieczenie należytego wykonania zobowiązań wynikających z umowy nr dotyczącej przeprowadzenia indywidualnego wywiadu środowiskowego wraz z opracowaniem opinii/raportu na rzecz realizacji Projektu „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z Niepełnosprawnościami**”, dofinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, Osi Priorytetowa 9 "Włączenie społeczne", Działanie 9.2 "Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych", 9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych - konkursy horyzontalne, w załączeniu składam(-y) do dyspozycji Partnerstwa zawartego na rzecz realizacji ww. projektu w składzie;

..... - Lider Partnerstwa

..... - Partner

weksel własny in blanco podpisany przez osoby upoważnione do wystawiania weksli w imieniu: z siedzibą w, który w imieniu Partnerstwa, Lider Partnerstwa ma prawo wypełnić w każdym czasie na kwotę PLN wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych liczonymi od dnia wymagalności z tytułu zabezpieczenia prawidłowej realizacji zawartej umowy nr, w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości przy realizacji ww. umowy.

Lider Partnerstwa ma prawo opatrzyć ten weksel datą płatności według swego uznania.

Weksel będzie płatny w Legnicy na rachunek bankowy wskazany przez Lidera Partnerstwa

Lider Partnerstwa zawiadomi o powyższym:: listem poleconym wysłanym co najmniej na 7 dni przed terminem płatności na podany poniżej adres, chyba że

..... powiadomi na piśmie Lidera Partnerstwa o zmianie adresu.

Pismo zwrócone z adnotacją urzędu pocztowego: „nie podjęto w terminie”, „adresat wyprowadził się” lub tym podobne, uznaje się za doręczone.

.....
(Nazwa, adres wystawcy weksla) (pieczęć jednostki, czytelne podpisy osób upoważnionych do wystawienia weksla)

Dane osób upoważnionych do wystawienia weksla:

1. Imię, nazwisko, stanowisko

Seria i nr dowodu osobistego

Pesel

Imiona rodziców

Miejsce urodzenia

Adres miejsca zamieszkania

.....

(podpis)

2. Imię, nazwisko, stanowisko

Seria i nr dowodu osobistego

Pesel

Imiona rodziców

Miejsce urodzenia

Adres miejsca zamieszkania

.....

(podpis)

Weksel zostanie zwrócony lub zniszczony na pisemny po ostatecznym rozliczeniu umowy nr



WZÓR WEKSLA IN BLANCO

W E K S E L	_____ ,dnia _____ Na _____
	_____ zapłać _____ za ten weksel _____
	_____ , ale nie na jej zlecenie _____
	sumę _____
	Płatny _____ _____ _____ _____