**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Szansa na dobrą zmianę”**

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

realizowanym przez Fundację Rozwoju Ziemi Oleckiej (FRZO)
 w ramach

*Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej RPWM.11.00.00 Włączenie społeczne, Działania: RPWM.11.01.00 "Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie", RPWM.11.01.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym - projekty konkursowe*

**I. Dane KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię (imiona)** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć\*** |  Kobieta  Mężczyzna |

**II. DANE KONTAKTOWE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** |
|  |  |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** | **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** |
| *Kategoria 03* |  |  |

**III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA**

1. **Oświadczam, że należę do poniższych kategorii grup osób:**

(*proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kategoria** | **w przypadku spełnienia kryterium proszę wpisać „X”** |
|  | osoba niezatrudniona objęta systemem opieki społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej[[1]](#footnote-1) |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym: osoba z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowym i posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba uzależniona od alkoholu  |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających  |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba zwolniona z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | członek gospodarstwa domowego sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba niesamodzielna |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | Osoba z wykształceniem |  Niższe niż podstawowe Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Policealne Wyższe |
|  | Osoba bez doświadczenia zawodowego |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |

**IV. DODATKOWE INFORMACJE**

1. **Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia, związane z uczestnictwem w projekcie?** (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb niepełnosprawności ruchowej, alternatywne formy materiałów, specjalne wyżywienie, zapewnienia tłumacza migowego, inne)

 TAK  NIE

**Jeśli tak, proszę wskazać jakie**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Czy na czas realizacji zajęć grupowych i szkoleń zgłasza Pani/Pan potrzebę zapewnienia opieki nad swoim dzieckiem?**

 TAK  NIE

1. **Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn.
3. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktów prawnych:
	1. 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,
	2. 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,
	3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
	4. 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.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Szansa na dobrą zmianę”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
5. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu całkowitego rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
11. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
13. 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, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)
14. **Oświadczam, że:**
15. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Szansa na dobrą zmianę” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020,* Osi priorytetowej RPWM.11.00.00 Włączenie społeczne, Działania: RPWM.11.01.00 "Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie", RPWM.11.01.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym - projekty konkursowe.
16. Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
17. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
18. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania FRZO kopii umowy o pracę/ zlecenie lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
19. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania FRZO zaświadczenia o podjęciu nauki, kopii uzyskanych certyfikatów oraz zaświadczenia o rejestracji w PUP zarówno w przypadku przerwania udziału w projekcie jak i do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.
20. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie i monitorowania do 3 miesięcy od daty ukończenia udziału w projekcie.
21. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku rejestracji w urzędzie pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie w przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia.

*Pouczona(-y) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym dokumencie zgodne są ze stanem faktycznym.*

*Ich prawdziwość potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

……………………………………..… ………………………...….

 (miejscowość, data) (czytelny podpis)

|  |
| --- |
| **OCENA FORMALNA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO****(WYPEŁNIA KIEROWNIK PROJEKTU)** |
|  Osoba w wieku: - kobieta - 18-58 lat- mężczyzna - 18-63 lat | □ 0 (nie spełnia)□ 1 (spełnia) |
| Zamieszkiwanie (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego), na obszarze gminy Kowale Oleckie lub gminy Świętajno | □ 0 (nie spełnia)□ 1 (spełnia) |
| Osoba niezatrudniona objęta systemem opieki społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej | □ 0 (nie spełnia)□ 1 (spełnia) |

Miejscowość ……………………………………, dnia ………………………,

…………...………………………………………………

**Czytelny podpis kierownika projektu**

1. Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej. [↑](#footnote-ref-1)