**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Włącz się”**

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

realizowanym przez Fundację Rozwoju Ziemi Oleckiej (FRZO) w partnerstwie z Gminą Kowale Oleckie/Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Kowalach Oleckich, Domem Pomocy Społecznej " ZACISZE" w Kowalach Oleckich, Spółdzielnią Mieszkaniową w Olecku  
 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", Poddziałania: 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 \_\_\_\_\_\_\_* |  |  |

**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”** | **Liczba punktów**  **(wypełnia KOMISJA REKRUTACYJNA, jeżeli dotyczy)** |
| **1.** | osoba niezatrudniona objęta systemem opieki społecznej | TAK NIE     NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **2.** | osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP w trzeciej grupie osób oddalonych od rynku pracy (III profil) | TAK NIE     NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **3.** | osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **4.** | osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **5.** | osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **6.** | osoba z niepełnosprawnością intelektualną posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **7.** | osoba z zaburzeniami psychicznymi posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **8.** | osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów  o pomocy społecznej, | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **9.** | osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **10.** | osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego, | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **11.** | osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **12.** | osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów  o ochronie zdrowia psychicznego | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **13.** | 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 |  |
| **14.** | osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **15.** | osoba niesamodzielna | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **16.** | osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **17.** | osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego | TAK NIE   NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **18.** | Osoba bezrobotna, w tym długotrwale bezrobotna  *(zgodnie z definicją WLWK)* | TAK NIE     NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| **19.** | Osoba z wykształceniem |  Niższe niż podstawowe   Podstawowe   Gimnazjalne   Ponadgimnazjalne   Policealne   Wyższe |  |
| **20** | Osoba bez doświadczenia zawodowego | TAK NIE     NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |  |
| OGÓŁEM LICZBA PUNKTÓW | | |  |

1. **Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż**

1. 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.

2. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.). Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020) na podstawie:

* 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320,z późn. zm.),
  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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
  3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146);
  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,
  5. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
  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 51 zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Włącz się”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.

4. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

5. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

1. **Oświadczam, że:**
2. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Włącz się” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego 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", Poddziałania: RPWM.11.01.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym - projekty konkursowe.
3. Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 15-64 lata | □ 0 (nie spełnia)  □ 1 (spełnia) |
| Zamieszkiwanie (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego), na obszarze gminy Wieliczki | □ 0 (nie spełnia)  □ 1 (spełnia) |
| Osoba niezatrudniona objęta systemem opieki społecznej | □ 0 (nie spełnia)  □ 1 (spełnia) |

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

…………...………………………………………………

**Czytelny podpis kierownika projektu**