



Załącznik nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w projekcie
pt. „Przystań dla rodzin”

**FORMULARZ REKRUTACYNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„PRYZYTAŃ DLA RODZIN”**

realizowanym przez Gminę Mniów/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mniowie.

Poddziałanie RPSW. 09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych

Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie	
Nr formularza:	Data wpływu:
	Podpis przyjmującego zgłoszenie:

DANE OSOBOWE:

1.	Imię/imiona	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
4.	Data i miejsce urodzenia	
5.	Seria i nr dowodu osobistego:	
6.	PESEL	
7.	Ulica/ Miejscowość	
8.	Nr domu	
9.	Nr lokalu	
10.	Miejscowość	
11.	Kod pocztowy	
12.	Gmina	
13.	Powiat	
14.	Województwo	
15.	Adres do korespondencji	
16.	Telefon kontaktowy	
17.	Adres e-mail	

Wykształcenie

1.	Wyższe	<input type="checkbox"/>
2.	Policealne (wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/>
3.	Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>
4.	Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
5.	Podstawowe	<input type="checkbox"/>
6.	Niższe niż podstawowe	



STATUS ZAWODOWY I POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA

Status osoby na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w zawodzie: w firmie:
	W tym: <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	W tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca lub kształcąca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	W tym: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
	Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej lub migrantem	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak (jakiej?) <input type="checkbox"/> Nie	
	Posiadam orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Uczeń/uczennica szkoły podstawowej lub szkoły ponadgimnazjalnej	<input type="checkbox"/> Tak*	<input type="checkbox"/> Nie
	Jestem osobą z zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Wszczęto w mojej rodzinie procedurę Niebieskiej Karty	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Jest w mojej rodzinie osoba uzależniona lub współuzależniona	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym zamieszkującą obszary poddane rewitalizacji wskazane w Gminnym Programie Rewitalizacji	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą z otoczenia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestnika *

* W przypadku osoby małoletniej formularz powinien zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna



SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA *

Data rozpoczęcia udziału w projekcie		Data zakończenia udziału w projekcie	
Rodzaj przyznanego wsparcia			
Zajęcia świetlicowe	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia języka angielskiego	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia Informatyki	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia teatralne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia taneczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia muzyczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia dziennikarskie	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia sportowe	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia wokalne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia plastyczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia matematyczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia turystyczno-krajoznawcze	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zajęcia babingtona	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Praca socjalna	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Poradnictwo pedagogiczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Poradnictwo psychologiczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Poradnictwo psychoterapeutyczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Poradnictwo socjoterapeutyczne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Poradnictwo prawne	Data pierwszego wsparcia		Data zakończenia udziału we wsparciu
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

*Wypełnia personel projektu



Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w projekcie
pt. „Przystań dla rodzin”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Ja, niżej podpisana(-y), oświadczam, że:

1. Zapoznałam(-em) się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie projektu, akceptuję jego treść i wyrażam zgodę na uczestnictwo.
2. Zostałam(-em) poinformowana(-y), że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego).
3. Jestem świadoma (-y), że złożenie dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.
4. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie wizerunku, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.), do celów promocyjnych, na przykład w opracowywanych raportach, na stronie internetowej Projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, obejmujących ww. informacje przez Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego (lub podmiot przez niego upoważniony) w celach sprawozdawczych oraz w zakresie monitoringu i ewaluacji Projektu.
7. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych do systemu SL2014 (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 21997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.) do celów związanych z realizacją Projektu organizowanego w ramach RPOWŚ 2014-2020. Dane te są wprowadzane m.in. do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych. W związku z powyższym mam świadomość celu zbierania danych osobowych, prawie wglądu do danych oraz możliwości ich aktualizacji. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
8. dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe.
9. zostałam/am poinformowany/na że Projekt pt. „Przystań dla rodzin” jest realizowany przez Gminę Mniów/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mniowie
10. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestnika *

* W przypadku osoby małoletniej formularz powinien zostać podpisany przez jej rodzica / prawnego opiekuna.



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Przystań dla rodzin” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielce 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) zachowania trwałości projektu,
 - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Gmina Mniów, ul. Centralna 9, 26-080 Mniów oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu-..... (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 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. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.



- 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) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Przystań dla Rodzin” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

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



OŚWIADCZENIE
RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ BIORĄCEJ UDZIAŁ W PROJEKCIE
„PRYZSTAŃ DLA RODZIN”

Dane osobowe rodzica/prawnego opiekuna:

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

Adres zamieszkania (ulica, miasto, kod):

.....

Oświadczam, że moje dziecko

Imię i nazwisko dziecka

nie korzysta z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna



**OŚWIADCZENIE
OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W PROJEKCIE
„PRYZSTAŃ DLA RODZIN”**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania (ulica, miasto, kod):

.....

Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis