Załącznik 1

Do regulaminu rekrutacji – **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny

Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020. Państwa dane osobowe będą przetwarzana wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu **„Świetlica środowiskowa w Obrazowie”**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

### „Świetlica środowiskowa w Obrazowie”

realizowanego od 01.05.2019r. do 30.04.2022r.

**Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU** | |
| **Imię (imiona)**  **i nazwisko uczestnika** |  |
| **nr PESEL uczestnika** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA – W RAMACH PROJEKTU UCZESTNIK MUSI BYĆ ZAMIESZKAŁY/-A NA**  **OBSZARZE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW KODEKSU CYWILNEGO** | |
| **Ulica Nr domu/lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy, poczta** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Obszar zamieszkania uczestnika** | * miejski * wiejski |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail uczestnika** |  |
| **Wykształcenie** | * Niższe niż podstawowe * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne * Policealne * Wyższe |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaznacz odpowiedzi na poniższe pytania** | |
| Czy jesteś osobą należąca do mniejszości narodowej lub  etnicznej, migrantem, osobą  obcego pochodzenia? | * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI * TAK |
| Czy jesteś osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań? | * NIE * TAK |
| Czy jesteś osobą  z niepełnosprawnościami? | * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI * TAK |
| Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji  społecznej? | * NIE * ODMOWA PODANIA INFORMACJI * TAK |

|  |  |
| --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | |
| **1**. **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pacy** | Tak □  Nie □ |
| W tym osoba długotrwale bezrobotna | Tak □  Nie □ |
| **2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pacy** | Tak □  Nie □ |
| W tym osoba długotrwale bezrobotna | Tak □  Nie □ |
| **3. Osoba bierna zawodowo** | Tak □  Nie □ |
| * W tym osoba ucząca się * W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |  |
| **4. Osoba pracująca** | Tak □  Nie □ |
| W tym   * Osoba pracująca w administracji rządowej * Osoba pracująca w administracji samorządowej * Osoba pracująca w MMŚP * Osoba pracująca w organizacji pozarządowej * Osoba prowadząca działalność na własną rękę * Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie * Inne |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywany zawód**   * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej * rolnik |  |
| **Zatrudniony/a w (miejsce zatrudnienia):**  **……………………………………………………………………………………………………………………** |  |

Podane dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych

…………………………………………………………….………

### Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

Załączniki:

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na wykorzystywanie wizerunku.
2. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
3. Oświadczenie RODO
4. Oświadczenie - Kryteria uczestnictwa w projekcie

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

## ……………………………………………………………………………………..………….. Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

* deklaruje udział swój/swojego dziecka\*, do udziału w projekcie **„Świetlica środowiskowa w Obrazowie”** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020). Oś Priorytetowa IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych
* zostałem/am poinformowany/a/ dziecko zostało poinformowane\* o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
* oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu nie korzystam/ dziecko nie korzysta\* z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS
* spełniam/ dziecko spełnia\* kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
* zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji w projekcie i akceptuję jego warunki,
* zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Obrazów ……………….. Miejscowość i data

…………………………………………………………….………

### Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku/ wizerunku mojego dziecka\* w celach informacyjnych i promocyjnych projektu pn. **„Świetlica środowiskowa w Obrazowie”** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020). Oś Priorytetowa IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych oraz na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego.

Obrazów ……………….. Miejscowość i data

…………………………………………………………….………

### Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

\* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko Uczestnika/ki projektu: …………………………………………………………………….

Imię i nazwisko Rodzica lub Opiekuna Prawnego podpisującego deklarację w imieniu uczestnika/ki w przypadku osoby niepełnoletniej ……………………………………………..……………

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Świetlica środowiskowa w Obrazowie”**

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich/dziecka\* 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 Kielc 3, 25-516 Kielce*;*
2. administratorem moich/dziecka\* 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/dziecka\* dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
   1. udzielenia wsparcia,
   2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
   3. monitoringu,
   4. ewaluacji,
   5. kontroli,
   6. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
   7. sprawozdawczości,
   8. rozliczenia projektu,
   9. zachowania trwałości projektu,
   10. archiwizacji.
4. Przetwarzanie moich/dziecka\* 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/dziecka\* dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt **Gmina Obrazów, Obrazów 84, 27 – 641 Obrazów** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- **„Świetlica środowiskowa w Obrazowie ”, Centrum Rozwoju Biznesu Alicja Konecka, ul. Słoneczna 4, 27 – 640 Klimontów.** Moje dane osobowe/ dane osobowe mojego dziecka 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/dziecka\* 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/danych mojego dziecka\* oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Moje/dziecka\* dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu

**„Świetlica środowiskowa w Obrazowie”** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

1. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

## Obrazów……………………………………….

MIEJSCOWOSC I DATA

…………………………………………………………….………

### Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4

Do formularza zgłoszeniowego – **OŚWIADCZENIE- KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

# OŚWIADCZENIE – KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

…………………………………………………………………………………….…….. Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Kryterium**  **(prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)** |
| **1.** | **Samotne wychowywanie dziecka**   * TAK * NIE |
| **2.** | **Trudności dziecka z nauką**   * Brak * Małe * Średnie * Duża |
| **3.** | **Trudności wychowawcze**   * Brak * Małe * Średnie * Duża |
| **4.** | **Występowanie zjawisk negatywnych w rodzinie**  (np. alkohol, nikotyna),   * Rzadko * Często * Bardzo często |
| **5.** | **Zagrożenie wykluczeniem z powodu występowania przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej**   * ubóstwa; * sieroctwa; * bezdomności; * bezrobocia; * niepełnosprawności; * długotrwałej lub ciężkiej choroby; * przemocy w rodzinie; * ofiara handlu ludźmi; * ochrona macierzyństwa lub wielodzietności; * bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia   gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; |

|  |  |
| --- | --- |
|  | * trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; * trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; * alkoholizmu lub narkomanii; * zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; * klęski żywiołowej lub ekologicznej |
| **6.** | **Niepełnosprawność**   * TAK * NIE |
| **7.** | **Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa**   * TAK * NIE |
| **8.** | **Choroba psychiczna**   * TAK * NIE |
| **9.** | **Długotrwałe bezrobocie**   * TAK * NIE |
| **10.** | **Zwolnienie z zakładu karnego**   * TAK * NIE |
| **11.** | **Uchodźca realizujący indywidualny program integracji**   * TAK * NIE |
| **12.** | **Przebywanie w pieczy zastępczej lub opuszczanie pieczy zastępczej**   * TAK * NIE |

Oświadczam, iż spełniam kryteria zaznaczone powyżej.

…………………………………………………………….………

### Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)