



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywni (nie)samodzielni!”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY NIESAMODZIELNEJ  
DO PROJEKTU „AKTYWNI (NIE)SAMODZIELNI!”  
NR PROJEKTU: RPSW.09.02.01-26-0070/19**

**Wypełnia osoba przyjmująca Formularz Zgłoszeniowy:**

Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

**DANE PERSONALNE**

Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	PESEL: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Obywatelstwo: _____	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**DANE KONTAKTOWE**

Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____
-----------------------	---------------------



### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
3. Jestem osobą bierną zawodowo <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
4. Jestem osobą pracującą <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<u>zatrudnioną w:</u>		
<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

<sup>1</sup> Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

<sup>2</sup> Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

<sup>3</sup> Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:  osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;  osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminarjach);  osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu                                 | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego                |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego                                | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego              |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy               |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego      |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej                     | <input type="checkbox"/> rolnik   |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? _____   |   |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): \_\_\_\_\_

**POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):**

1. Należę do grupy osób zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym- tj. jestem:

- a) osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  TAK  NIE
- b) osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym  TAK  NIE
- c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz należę do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (w tym osobą przebywającą w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej  TAK  NIE
- d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969)  TAK  NIE
- e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.)  TAK  NIE



f) osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych- Dz. U. z 2018 r. poz. 511 późn.zm. lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h) osobą niesamodzielną (osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu), która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
j) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w tym osobą objętą dozorem elektronicznym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
k) osobą korzystającą z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
zakres wsparcia w danym projekcie powieli działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkująca w myśl Kodeksu Cywilnego gminy: Sobków, Jędrzejów lub Sędziszów (powiat jędrzejowski w woj. świętokrzyskim)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	<input type="checkbox"/> TAK, nie korzystam	<input type="checkbox"/> NIE
3. Jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona odpowiedniej pomocy, w tym w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić mi odpowiedniej pomocy w tym w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

<sup>4</sup> Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Do osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem do mieszkań nie są zaliczane osoby dorosłe mieszkające z rodzicami, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.



5. Jestem osobą w rodzinie, rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości  TAK  NIE

6. Jestem osobą niesamodzielną/niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  TAK  NIE

7. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia  TAK  NIE

8. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE

9. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  TAK  NIE

10. Uzasadnienie potrzeby objęcia wsparciem projektowym, w tym za opis sytuacji finansowej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji (zaznaczyć właściwe):**

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA (zaznaczyć właściwe) :**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Aktywni (nie)samodzielni!”, numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0070/19), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie;
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Aktywni (nie)samodzielni!” (numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0070/19) oraz akceptuję zawarte w nim warunki;
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Aktywni (nie)samodzielni!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: \_\_\_\_\_



### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywni (nie)samodzielni!” 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 Kielc 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 - FUNDACJA OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH, ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- FUNDACJA MIŚKA ZDZIŚKA BŁĘKITNY PROMYK NADZIEI, ul. Kacpra Niemirskiego 3/5, 28-300 Jędrzejów. 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 „Aktywni (nie)samodzielni!” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Lidera oraz Partnera projektu dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

Miejscowość i data: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)– zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy		
<b>Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</b>	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:</b>		
<b>Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:</b>		

**Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:**

- 1) Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata- dotyczy osób niepełnosprawnych składających formularz zgłoszeniowy
- 2) Poświadczona za zgodność z oryginałem kopie dokumentów/orzeczenia potwierdzającego niesamodzielność- (załącznik nieobowiązkowy)

**Uwaga**

Dokumenty rekrutacyjne osoba starająca się o udział w projekcie uzupełnia i podpisuje samodzielnie, odręcznie, czytelnym pismem. W przypadku gdy o udział w projekcie stara się osoba niepełnoletnia lub osoba niesamodzielna, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne podjęcie świadomej decyzji, dopuszcza się podpisanie dokumentów rekrutacyjnych przez opiekuna prawnego/faktycznego danej osoby niesamodzielnej.



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywni (nie)samodzielni!”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO  
DO PROJEKTU „AKTYWNI (NIE)SAMODZIELNI!”  
NR PROJEKTU: RPSW.09.02.01-26-0070/19**

**Wypełnia osoba przyjmująca Formularz Zgłoszeniowy:**

Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

**DANE PERSONALNE**

Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	PESEL: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Obywatelstwo: _____	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**DANE KONTAKTOWE**

Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____
-----------------------	---------------------





### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy <sup>5</sup> : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
3. Jestem osobą bierną zawodowo <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
4. Jestem osobą pracującą <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<u>zatrudnioną w:</u>		
<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

<sup>5</sup> Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

<sup>6</sup> Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

<sup>7</sup> Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:  osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;  osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminarjach);  osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu                                 | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego                |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego                                | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego              |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy               |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego      |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej                     | <input type="checkbox"/> rolnik   |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? _____   |   |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):**

1. Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkującą w myśl Kodeksu Cywilnego gminy: Sobków, Jędrzejów lub Sędziszów (powiat jędrzejowski w woj. świętokrzyskim)  TAK  NIE

2. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  TAK, nie korzystam  NIE

3. Jestem opiekunem faktycznym- tj. osobą pełnoletnią, opiekującą się osobą niesamodzielną (tj. osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu), niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki  TAK  NIE

4. Jestem opiekunem faktycznym następującej osoby niesamodzielnej (należy podać imię i nazwisko osoby niesamodzielnej): .....

5. Uzasadnienie potrzeby objęcia wsparciem projektowym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Jestem osobą korzystającą z PO PŻ  TAK  NIE

zakres wsparcia w danym projekcie powiela działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ  TAK  NIE



7. Jestem osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych- Dz. U. z 2018 r. poz. 511 późn.zm. lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.)  TAK  NIE

8. Jestem osobą niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  TAK  NIE

9. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia  TAK  NIE

10. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE

11. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  TAK  NIE

**Wybrany sposób poinformowania o wynikach rekrutacji (zaznaczyć właściwe):**

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA (zaznaczyć właściwe):**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Aktywni (nie)samodzielni!”, numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0070/19), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie;
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Aktywni (nie)samodzielni!” (numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0070/19) oraz akceptuję zawarte w nim warunki;
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Aktywni (nie)samodzielni!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

**Data i czytelny podpis:** \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywni (nie)samodzielni!” 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 Kielc 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:

- k) udzielenia wsparcia,
  - l) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
  - m) monitoringu,
  - n) ewaluacji,
  - o) kontroli,
  - p) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - q) sprawozdawczości,
  - r) rozliczenia projektu,
  - s) zachowania trwałości projektu,
  - t) 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 - FUNDACJA OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH, ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- FUNDACJA MIŚKA ZDZIŚKA BŁĘKITNY PROMYK NADZIEI, ul. Kacpra Niemirskiego 3/5, 28-300 Jędrzejów. 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 „Aktywni (nie)samodzielni!” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Lidera oraz Partnera projektu dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

Miejscowość i data: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_



<b>SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)– zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy</b>		
<b>Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</b>	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:</b>		
<b>Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:</b>		

**Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:**

- 1) Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata- dotyczy osób niepełnosprawnych składających formularz zgłoszeniowy