



FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

„Kurs na Rodzinę”

Nr projektu: RPZP.07.06.00-IP.02-32-K112/17

Oś Priorytetowa VII: *Włączenie społeczne*

Działanie 7.6: *Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym*

Cel szczegółowy: *Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym*

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FOMULARZA

Wszystkie pola formularza **muszą** być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem lub oznaczać znakiem „x” we właściwym polu. Należy wskazać numer telefonu lub adres e-mail, aby umożliwić kontakt i weryfikację danych. W przypadku udziału w projekcie osób małoletnich, oświadczenie o uczestnictwie powinno zostać podpisane przez opiekuna prawnego.

CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik drukowanymi literami)

Nazwisko:		Imię:	
Kraj:	Polska	Obywatelstwo:	
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)			
PESEL:			
Dane kontaktowe – miejsce zamieszkania			
Ulica (ze wskazaniem: ulica, plac, aleja):		Nr domu:	
		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Powiat:	
		Gmina:	
Województwo:	Zachodniopomorskie	Kod pocztowy:	
Tel.:		e-mail:	
Wykształcenie*:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe *	<input type="checkbox"/> Podstawowe *	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne*
	<input type="checkbox"/> Policealne *	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne *	<input type="checkbox"/> Wyższe *
Status na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> Zatrudniony *		
<input type="checkbox"/> Uczący się *	<input type="checkbox"/> Bierny zawodowo *		
<input type="checkbox"/> Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy*	<input type="checkbox"/> Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy*		





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zatrudniony w: (miejsce wykonywania pracy, stanowisko)	
Forma zatrudnienia: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna (dzieło, zlecenie)	

**Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

***Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie pn.: „Kurs na Rodzinę”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII Włączenie Społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Kurs na Rodzinę”.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)





W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kurs na Rodzinę” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - A. Województwo Zachodniopomorskie, mające siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniące funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru pn. „Projekty RPO WZ 2014 – 2020”;
 - B. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi
 - A. 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.
 - B. Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. poz. 1000)
3. Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:

 - A. rozporządzenia 1303/2013;
 - B. rozporządzenia nr 1304/2013;
 - C. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

 - A. rozporządzenia nr 1303/2013;
 - B. rozporządzenia nr 1304/2013;
 - C. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - D. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Kurs na Rodzinę” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020);
5. Dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, ul. A. Mickiewicza 41 70-383 Szczecin, oraz beneficjentowi realizującemu projekt - Województwu Zachodniopomorskiemu z siedzibą przy ul. Korsarzy 34 w Szczecinie oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:

Powiatowi

(nazwa i adres Powiatu / PCPR).





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

6. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta, jak i wszelkim instytucjom działającym na zlecenie instytucji nadzorujących wdrażanie i wydatkowanie środków UE; dane osobowe mogą zostać również powierzone podmiotom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020 na zlecenie Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta jak i wszelkim instytucjom działającym na zlecenie instytucji nadzorujących wdrażanie i wydatkowanie środków UE
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej; nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość:
 - A. dostępu do danych osobowych jej dotyczących
 - B. żądania ich sprostowania
 - C. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
 - D. wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania
 - E. cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawe przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z [właściwym](#) Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - A. abi@wzp.pl
 - B. iod@miir.gov.pl
12. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

ZGODA NA UTRWALENIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów sprawozdawczych i promocyjnych

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)





CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot realizujący projekt)				
PESEL:				
Data przystąpienia do projektu:	--- - --- - ----	Data zakończenia uczestnictwa w projekcie:	--- - --- - ----	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba z niepełnosprawnościami *	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba niesamodzielna*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba korzystające z Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej 2014-2020*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do korzystania z takich świadczeń*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba zatrudniona w spółdzielni socjalnej*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba przynależąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów jest zagrożony ograniczeniem praw rodzicielskich*	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy*		<input type="checkbox"/>	Tak*		<input type="checkbox"/>	Nie*	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (w innej niż wymienione powyżej)*		<input type="checkbox"/>	Tak*		<input type="checkbox"/>	Nie*	
Spokrewniona rodzina zastępcza*		<input type="checkbox"/>	Tak*		<input type="checkbox"/>	Nie*	
Wykluczenie społeczne*:	<input type="checkbox"/> zagrożenie wykluczeniem*		<input type="checkbox"/> wykluczenie*				
Poziom motywacji do wzięcia udziału w poszczególnych formach wsparcia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
Potencjał na wykorzystanie zdobytej wiedzy	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		





Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

<p>Krótką diagnoza sytuacji życiowej uczestnika w momencie rozpoczęcia projektu (m.in. przyczyny uczestnictwa w projekcie, specjalne potrzeby uczestnika projektu wynikające z jego niepełnosprawności lub stanu zdrowia.)</p>			
Rodzaj przyznanego wsparcia:		Doradztwo: *	
<input type="checkbox"/> Doradztwo rodzinne *	<input type="checkbox"/> Doradztwo psychologiczne *	<input type="checkbox"/> Doradztwo / pomoc prawna *	
<input type="checkbox"/> Inne *			
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:	-- - - - -	Data zakończenia udziału we wsparciu:	-- - - - -
Rodzaj przyznanego wsparcia:	Inne: *		



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:

**Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

***Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*

.....

(data i czytelny podpis osoby wypełniającej CZĘŚĆ B)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.