**Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**
**„Skorzystaj z szansy"**
**RPMA.09.01.00-14-i878/22**

| **INFORMACJE PODSTAWOWE** | | | |
|---|---|---|---|
| **Imię i nazwisko** | | | |
| **PESEL** | | | |
| **Wiek**[1] | | **Płeć** | ☐ K ☐ M |
| **Telefon kontaktowy** | | **Adres e-mail** | |
| **Miejsce zamieszkania**[2] | Miejscowość:…….<br>Ulica: …… Nr budynku: …….<br>Nr lokalu: …….. Kod pocztowy: ……<br>Gmina: …….. Powiat: ……..<br>Województwo: ……<br>Kraj: …… | | |

[1] Wiek uczestników określany jest na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.
[2] Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

| | |
|---|---|
| **Wykształcenie** | ☐ **niższe niż podstawowe** (brak formalnego wykształcenia)<br>☐ **podstawowe** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)<br>☐ **gimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)<br>☐ **ponadgimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)<br>☐ **policealne** (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)<br>☐ **wyższe** (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu lub kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich lub kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich lub kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich) |

**STATUS NA RYNKU PRACY**

**Oświadczam, że jestem osobą:**

☐ **bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy** - należy dołączyć urzędowy dokument potwierdzający zarejestrowanie - zaświadczenie z urzędu pracy

☐ długotrwale bezrobotną *
☐ inne

☐ **bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy** (gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia) – należy dołączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o braku podstawy do objęcia ubezpieczeniami społecznymi z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20, 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych

☐ długotrwale bezrobotną *
☐ inne

* Osoba długotrwale bezrobotna to osoba:
- bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia),
- bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia)

☐ **bierną zawodowo** (nie pracuję i nie jestem bezrobotna) – należy dołączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o braku podstawy do objęcia ubezpieczeniami społecznymi z

| | |
|---|---|
| tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20, 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<br><br>☐ uczącą się<br>☐ inne | |
| **INNE DANE MONITORUJĄCE (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą)**<br><br>**Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj.:** | |
| **osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej** (zgodnie z art. 7 wymienionej ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności 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, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej)<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej (przy czym nie ma obowiązku wskazywania, która przesłanka określona w ww. ustawie została spełniona) | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym** (zgodnie z art. 1 ust. 2 wymienionej ustawy przepisy o zatrudnieniu socjalnym stosuje się w szczególności do:<br>1) **bezdomnych** realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,<br>2) **uzależnionych od alkoholu**,<br>3) **uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających**,<br>4) **chorych psychicznie**, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,<br>5) **długotrwale bezrobotnych** w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, | ☐ TAK ☐ NIE |

| | |
|---|---|
| 6) **zwalnianych z zakładów karnych**, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,<br>7) **uchodźców** realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,<br>8) **osób niepełnosprawnych,** w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są wstanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym)<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej (przy czym nie ma obowiązku wskazywania, która przesłanka określona w ww. ustawie została spełniona) | |
| **osobą przebywającą w pieczy zastępczej** (w tym również osoby przebywające 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) **lub opuszczającą pieczę zastępczą**<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie z właściwej instytucji, lub zaświadczenie od kuratora | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach 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.)<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą z niepełnosprawnościami** (za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)<br><br>- *należy dołączyć kopię (potwierdzoną za zgodność z oryginałem), orzeczenia o niepełnosprawności* wydanego przez powiatowy zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS lub inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.) *lub inny dokument poświadczającego stan zdrowia, który został wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia* | ☐ TAK ☐ NIE |

| | |
|---|---|
| **członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością**, w którym co najmniej jedna osoba nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie od lekarza lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** (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/szpitale, 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). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach)<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego**<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, lub zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu karnego lub innej instytucji czy organizacji zajmującej się pracą z osobami odbywającymi karę pozbawienia wolności; kopia postanowienia sądu | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa**<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu | ☐ TAK ☐ NIE |

| | |
|---|---|
| **osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia, tj. spełniająca minimum dwie przesłanki dotyczące wykluczenia wskazane powyżej** | ☐ TAK ☐ NIE |
| **obywatelem Ukrainy** (w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2022r.o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. z 2022r.poz.583.z późn.zm.), który przybył na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa, oraz obywatel Ukrainy posiadających Kartę Polaka, który wraz z najbliższą rodziną z powodu tych działań wojennych przybył na terytorium Rzeczypospolitej Polskie, a także osoba wymienione w Decyzji wykonawczej Rady (UE) 2022/382 z dnia 4 marca 2022 r. stwierdzającej istnienie masowego napływu wysiedleńców z Ukrainy w rozumieniu art. 5 dyrektywy 2001/55/WE i skutkującej wprowadzeniem tymczasowej ochrony)<br><br>- *należy dołączyć* dokumenty potwierdzające legalny pobyt w Polsce np. numer PESEL ze statusem UKR / zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawione przez Szefa Urzędu ds. Cudzoziemców / karta wjazdu do Polski / karta Polaka | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą pozostającą bez pracy powyżej 12 miesięcy**<br><br>- *Oświadczenie Uczestnika Projektu* lub zaświadczenie z ZUS/Urzędu Pracy | ☐ TAK ☐ NIE |
| **osobą samotnie gospodarującą osiągającą dochody do 776 zł lub członkiem rodziny, w której dochód na osobę nie przekracza 600 zł** | ☐ TAK ☐ NIE |
| **jestem migrantem, lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej** | ☐ TAK ☐ NIE |
| **jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | ☐ TAK ☐ NIE |

| **SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:** ☐ **NIE DOTYCZY** |
|---|
| Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowej: |
| |
| Alternatywne formy materiałów: |
| |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: |
| |
| Specjalne wyżywienie: |
| |

| Inne: |
|---|
| |

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ**

**Oświadczam, że spełniam warunki dla grupy docelowej** niniejszego projektu określone w Regulaminie projektu, tj.:

a) jestem osobą fizyczną powyżej 18 roku życia, zamieszkującą w rozumieniu KC na obszarze województwa mazowieckiego w powiatach: m. Radom, radomskim, szydłowieckim, przysuskim,

b) jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia (bezrobotną lub bierną zawodowo), zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj.:
- osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) 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;
- osobą, o których mowa w artykule 1 ustęp 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą przebywające w pieczy zastępczej [w tym również osoby przebywające 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] lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 1 września 2017 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2021 r. poz. 1082, z późn. zm.);
- osobą z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
- członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osobą korzystającą z PO PŻ;
- osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, w formie dozoru elektronicznego.

c) lub/i osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;

d) lub/i - obywatelem Ukrainy w rozumieniu ustawy z dnia 12 marca 2022r.o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. z 2022r.poz.583.z późn.zm.), którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa, oraz obywateli Ukrainy posiadających Kartę Polaka, którzy wraz z najbliższą rodziną z powodu tych działań wojennych przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskie, a także osoby wymienione w Decyzji wykonawczej Rady (UE) 2022/382 z dnia 4 marca 2022 r. stwierdzającej istnienie masowego napływu wysiedleńców z Ukrainy w rozumieniu art. 5 dyrektywy 2001/55/WE i skutkującej wprowadzeniem tymczasowej ochrony.

…….
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

## OŚWIADCZENIE

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:**

- zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu „Skorzystaj z szansy" i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu,
- wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego oraz mam świadomość, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia,
- zakres uzyskanego wsparcia w ramach niniejszego projektu nie powiela działań, które ja lub moja rodzina otrzymała lub otrzymuje z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020 (PO PŻ) w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ (dotyczy to następujących działań w ramach PO PŻ: 1) warsztaty kulinarne dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kuchmistrzów, dietetyków, pokazujące różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych, 2) warsztaty dietetyczne i dotyczące zdrowego żywienia, 3) programy edukacyjne propagujące zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności, 4) warsztaty edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych) (jeśli dotyczy),
- w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuję się do przekazania realizatorowi projektu następujących danych potwierdzających status na rynku pracy: (w przypadku podjęcia zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu, kopia umowy o pracę/umowy

cywilnoprawnej; w przypadku działalności gospodarczej: dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej; w przypadku osób poszukujących pracy: oświadczenie uczestnika o poszukiwaniu pracy/zaświadczenie potwierdzające rejestrację w urzędzie pracy) oraz informacji o uzyskanych kwalifikacjach zawodowych (kopia certyfikatów potwierdzających uzyskane kwalifikacje zawodowe),

- w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuję się do dostarczenia realizatorowi projektu dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej, zarówno w przypadku podjęcia zatrudnienie, jak i poszukiwania pracy, lub podjęcia dalszej aktywizacji zawodowej po zakończeniu udziału w projekcie lub w trakcie jego trwania tj.:
  - ✓ dokumentów potwierdzających podjęcie zatrudnienia (np. kopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu);
  - ✓ lub dokumentów potwierdzających fakt założenia działalności gospodarczej (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ – np. ZUS, Urząd Skarbowy, wpis KRS). Dokumentem potwierdzającym fakt założenia działalności gospodarczej może być również wpis do CEIDG wydrukowany przez Realizatora lub uczestnika projektu i dostarczony do Realizatora;
  - ✓ lub oświadczenia z którego wynikało będzie, jakie działania zostały podjęte przez daną osobę w związku z poszukiwaniem pracy, jak również zaświadczenie z urzędu pracy o dokonaniu rejestracji;
  - ✓ lub zaświadczenia podmiotu udzielającego wsparcia w przypadku dalszej aktywizacji zawodowej,

- w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuję się do dostarczenia realizatorowi projektu dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społecznej, tj. postęp w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej i zmniejszenie dystansu do zatrudnienia np.: opinia psychologa, pedagoga, terapeuty, pracownika socjalnego o samodzielności potwierdzona m.in. zaświadczeniami z różnych instytucji /zaświadczenie o podjęciu nauki; zaświadczenie o podjęciu/ukończeniu terapii uzależnienia/ zaświadczenie o podjęciu wolontariatu, zarówno w przypadku przerwania udziału w projekcie, jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie,
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych,
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz że jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś priorytetowa IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem dla działania 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu,
- w przypadku zakwalifikowania do projektu, deklaruję udział we wszystkich zaplanowanych dla mnie formach wsparcia,
- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Fundacji Możesz Więcej, stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu,

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w formularzu zgłoszeniowym dla celów rekrutacji, zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),
- **uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

…… ……..……
(miejscowość i data) (czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

**ZAŁĄCZNIKI**

- ☐ zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
- ☐ zaświadczenie z urzędu pracy
- ☐ zaświadczenie z właściwej instytucji np. ośrodka pomocy społecznej
- ☐ kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia
- ☐ dokumenty poświadczające posiadane wykształcenie
- ☐ inne…….

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE**

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Skorzystaj z szansy" wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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.
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: imię i nazwisko, PESEL, dane kontaktowe, dane dotyczące wykształcenia, zatrudnienia i statusu na rynku pracy, inne dane monitorujące – zawarte w powyższym formularzu zgłoszeniowym do projektu- zakres zgodny

z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.

3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia, przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakończonego Projektu lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Fundacja Możesz Więcej z siedzibą w Bilczy, ul. Jeżynowa 30, 26-026 Morawica, REGON: 260614090, NIP: 6572907626. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: od@mozeszwiecej.org.pl
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu.
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
   1) Beneficjenta - Fundacja Możesz Więcej z siedzibą w Bilczy, ul. Jeżynowa 30, 26-026 Morawica, REGON: 260614090, NIP: 6572907626; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych - daneosobowe@csi.info.pl
   2) Partnera – NEUROCLINIC – Centrum Terapii i Rozwoju Agnieszka Scendo z siedzibą Oś. Na Stoku 63/25, 25-437 Kielce, NIP: 6572612552, REGON: 260241529
   3) Partnera – Fundacja Kreatywnych Zmian Społecznych z siedzibą Zborówek 3, 28-133 Pacanów, NIP 6572947293, REGON 384347358
   4) Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego 2014 - 2020 - Zarząd Województwa Mazowieckiego z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – iod@mazovia.pl.
   5) Instytucję Pośredniczącą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego 2014 - 2020 - Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 74, 03-719 Warszawa; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych - iod@mazowia.eu.
   6) Instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
   7) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem**.**
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą" rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt. 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.

12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

…….  ……
(miejscowość i data)  (czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

**OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI**

Podpis osoby reprezentującej **Realizatora projektu:**……