*Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Do udziału w projekcie „Wybierz zmianę!”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | **1.** | **Imię** |  | | | |
| **2.** | **Nazwisko** |  | | | |
| **3.** | **Płeć** | **🞏** Kobieta **🞏** Mężczyzna | | | |
| **4.** | **PESEL** |  |  |  | Brak | |
|  |
| **Dane teleadresowe uczestnika** | **5.** | **Województwo** |  | | | |
| **6.** | **Powiat** |  | | | |
| **7.** | **Gmina** |  | | | |
| **8.** | **Miejscowość** |  | | | |
| **9.** | **Ulica** |  | | | |
| **10.** | **Numer budynku** |  | | | |
| **11.** | **Numer lokalu** |  | | | |
| **12.** | **Kod pocztowy** |  | | | |
| **13.** | **Telefon kontaktowy** |  | | | |
| **14.** | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** |  | | | |
| **Pozostałe informacje dotyczące uczestnika** | **15.** | **Wykształcenie** | **🞏** Niższe niż podstawowe (ISCED 0)  **🞏** Podstawowe (ISCED 1)  **🞏** Gimnazjalne (ISCED 2)  **🞏** Ponadgimnazjalne (ISCED 3)  **🞏** Policealne (ISCED 4)  **🞏** Wyższe (ISCED 5-8) | | | |
| **16.** | **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej lub migrantem, osobą obcego pochodzenia** | Tak Nie Odmawiam odpowiedzi | | | |
| **17.** | **Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania** | Tak Nie | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **18.** | **Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej, np. byłem/-am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, zamieszkuję obszary wiejskie**)** | | **🞏** Tak (jakiej?)……………………………..  **🞏** Nie  **🞏** Odmawiam odpowiedzi | |
| **Niepełnosprawność** | **🞏** Tak\* **🞏** Nie  Odmawiam odpowiedzi  \*Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: **🞏** Odpowiednie orzeczenie  **🞏** Inny dokument potwierdzający stan zdrowia | | **Stopień**  **niepełnosprawności**  **🞏** lekki  **🞏** umiarkowany    **🞏**znaczny nie dotyczy | | **Rodzaj niepełnosprawności**  **🞏** sprzężona  **🞏** intelektualna  **🞏** zaburzenia psychiczne  **🞏** inna  **🞏** nie dotyczy |
| **Status osoby na rynku pracy** | **🞏** osoba bezrobotna  W tym:  **🞏** osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  **🞏** osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  W tym:  **🞏** długotrwale bezrobotna  **🞏** inne | | | | **🞏** osoba bierna zawodowo  W tym:  **🞏** osoba ucząca lub kształcąca się  **🞏** Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ:**  **Oświadczam, że jestem:** | | | |
|  | Osobą lub rodzina korzystająca/e ze świadczeń z pomocy społecznej zg. 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; | **🞏** TAK  **🞏** NIE | Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:  **🞏** Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej  **🞏** Oświadczenie Uczestnika Projektu |
| Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; | **🞏** TAK  **🞏** NIE | Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:  **🞏** Zaświadczenie z właściwej instytucji  **🞏** Oświadczenie Uczestnika Projektu |
| Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające 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; | **🞏** TAK  **🞏** NIE | Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:  **🞏** Zaświadczenie z właściwej instytucji  **🞏** Oświadczenie Uczestnika Projektu |
| Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z  niepełnosprawnością; | **🞏** TAK  **🞏** NIE | Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:  **🞏** Odpowiednie orzeczenie  **🞏** Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka ORAZ:  **🞏** Oświadczenie Uczestnika Projektu |
|  | Osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia; | **🞏** TAK  **🞏** NIE | Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:  **🞏** Zaświadczenie od lekarza  **🞏** Odpowiednie orzeczenie  Inny dokument potwierdzający stan zdrowia |
|  | Osobą korzystającą z  Programu Operacyjnego  Pomoc Żywnościowa 20142020. | **🞏** TAK  **🞏** NIE | Jeśli TAK, dołączono:  **🞏** Zaświadczenie  **🞏** Oświadczenie Uczestnika Projektu |
|  | | | |

**Informacje dotyczące ograniczeń w przypadku osób niepełnosprawnych**

**Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?**

**🞏 TAK**\*

**🞏 NIE**

\*jeśli TAK, proszę podać jakie?

…………………………………………………………………………………………………………………

**Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności,** **których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**SKĄD DOWIEDZIAŁEM/-AM SIĘ O PROJEKCIE?**

**🞏** Od pracownika biura projektu

**🞏** Z plakatów i ulotek

**🞏** Ze strony Internetowej projektu

**🞏** Z portali ogłoszeniowych

**🞏** Od rodziny/znajomych

**🞏** Z innego źródła, jakiego ……………………………..

**OŚWIADCZENIE**

**Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż:** - zgłaszam chęć udziału w projekcie „W dobrym kierunku” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 realizowanego w ramach Osi priorytetowej

09 – IX Włączenie społeczne, Działania 01 – IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałania 01 – IX.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;

* zapoznałem/-am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki Regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zmianach danych zawartych w kwestionariuszu zgłoszeniowym (dane kandydata, dane kontaktowe, status);
* zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu

Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego;

* nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;
* zostałem/-am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia lub innej niekorzystnej sytuacji, w której się znajduję;
* wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),
* wyrażam zgodę na odbycie szkolenia w innym miejscu niż moje miejsce zamieszkania,
* zostałem/-am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
* zostałem/-am poinformowany/a o obowiązku przedkładania Stowarzyszeniu PROREW wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu,
* zostałem/-am poinformowany/a o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi dokumentów potwierdzających zatrudnienie (kopia umowy o pracę, kopia umowy cywilno-prawnej, zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu, wpis do CEIDG lub KRS oraz dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres min. 3m-cy), zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie;
* zostałem/-am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie;
* zostałem/-am poinformowany/a o obowiązku rejestracji w urzędzie pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie w przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym przez Beneficjenta na

etapie rekrutacji;

* wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.

|  |  |
| --- | --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA** | |
| Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (potocznie nazywana „RODO”) Fundacja Możesz Więcej informuje, że:     1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:**     1. Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą przetwarzanych w ramach   Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,   * 1. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.  1. **Podmiotami przetwarzającymi Pani/Pana dane są:**     1. Instytucja Pośrednicząca - Wojewódzki Urzędowi Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź́    2. Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,    3. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,    4. Beneficjent realizujący Projekt – Fundacja Możesz Więcej Bilcza, ul. Jeżynowa 30, 26-026 Morawica    5. Podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: ……………….……………………………………………   Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.   1. **Inspektor ochrony danych osobowych:**   Administratorzy oraz podmioty przetwarzające wyznaczyli inspektorów ochrony danych, z którymi może się Pani/Pan kontaktować się w sprawach związanych z ochroną danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:   * 1. w zakresie zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020: iod@lodzkie.pl   2. w zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl lub na adres poczty Inspektora ochrony danych u Beneficjenta: fundacja@mozeszwiecej.org.pl.  1. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z prawem i spełniając warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.** 2. **Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:**   Realizacja projektu „Wybierz zmianę !”, a w szczególności w celach aktualnej i przyszłych rekrutacji.   1. **Okres przetwarzania danych:**   Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.   1. **Przysługuje Pani/Panu prawo:**     1. dostępu do Pani/Pana danych osobowych,    2. sprostowania Pani/Pana danych osobowych,    3. usunięcia Pani/Pana danych osobowych,    4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. 2. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG). 3. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. 4. Przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. 11. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w aktualnej i przyszłej rekrutacji w ramach Projektu.** | |
| **KLAUZULA ZGODY** | |
| Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie PROREW, ul. Kasztanowa 12/15, 25-555 Kielce, dla potrzeb aktualnej i przyszłych rekrutacji. | |
| **Miejscowość i data** | **Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki** |
|  |  |
| **Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki (jeśli dotyczy):** | |
| Zaświadczenie OPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej.  Oświadczenie Kandydata/Kandydatki o kwalifikowaniu się do objęcia wsparciem pomocy społecznej  Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)  Zaświadczenie z urzędu pracy (dotyczy osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędzie pracy)  Oświadczenie/Zaświadczenie o korzystaniu z pomocy Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020  Oświadczenie Kandydata/Kandydatki o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym  Oświadczenie Kandydata/Kandydatki o przynależności do grupy docelowej  Oświadczenie Kandydata/Kandydatki o przebywaniu w innej niekorzystnej sytuacji życiowej i/lub społecznej  Inne (jakie?)............................................................................................................................................................................................. | |