

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie

„Zacznij działać!”

Dane podstawowe:	1.	Imię																				
	2.	Nazwisko																				
	3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																			
	4.	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Brak																			
Dane kontaktowe:	5.	Województwo																				
	6.	Powiat																				
	7.	Gmina																				
	8.	Miejscowość																				
	9.	Ulica																				
	10.	Numer budynku																				
	11.	Numer lokalu																				
	12.	Kod pocztowy																				
	13.	Telefon kontaktowy																				
14.	Adres e-mail																					
Pozostałe informacje dotyczące uczestnika	15.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5)																			
	16.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej, etnicznej lub migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi																			
	17.	Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie																			
	18.	Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej, np. byłem/am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie niższe od podstawowego, zamieszkuję obszary wiejskie)	<input type="checkbox"/> Tak (jakiej?)..... <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi																			

<p>Niepełnosprawność:</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	<p>Stopień niepełnosprawności:</p> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<p>Rodzaj niepełnosprawności:</p> <input type="checkbox"/> sprzężona <input type="checkbox"/> intelektualna <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<p>Status osoby na rynku pracy</p>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	
	<p>W tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<p>W tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
	<p>W tym:</p> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne		
<p>Przynależność do GRUPY DOCELOWEJ: Oświadczam, że jestem:</p>			
<p>Osobą lub rodziną korzystającą/e ze świadczeń z pomocy społecznej zg. 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;</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika Projektu	
<p>Osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika Projektu	

<p>Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika Projektu</p>
<p>Rodziną 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;</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <p><input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka</p> <p>ORAZ:</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika Projektu</p>
<p>Osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia;</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia <input type="checkbox"/> Oświadczenie Uczestnika Projektu</p>
<p>Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono:</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika <input type="checkbox"/> Zaświadczenie</p>
<p>Informacje dotyczące ograniczeń w przypadku osób niepełnosprawnych: (wypełnia osoba niepełnosprawna)</p>		
<p>Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak * <input type="checkbox"/> Nie</p>	
	<p>*jeśli TAK, proszę podać jakie:</p>	
<p>Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?</p>		

Skąd dowiedziałem/-am się o Projekcie?

- Od pracownika biura projektu
- Z plakatów i ulotek
- Z profilu projektu na Facebooku
- 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 „Zacznij działać!” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego 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 Rekrutacji i udziału w projekcie 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, 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 o obowiązku przedkładaniu Beneficjentowi wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu;
- zostałem/-am poinformowany 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. 3 m-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 Rozporządzenie 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:

➤ **Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:**

- 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,
- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”

➤ **Podmiotami przetwarzającymi Pani/Pana dane są:**

- 2.1. Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź
- 2.2. Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź.
- 2.3. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- 2.4. Beneficjent realizujący Projekt – Fundacja Możesz Więcej, Bilcza, ul. Jeżynowa 30, 26-026 Morawica,
- 2.5. 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 zadanie na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyty w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa łódzkiego na lata 2014-2020.

➤ **Inspektor ochrony danych osobowych:**

Administratorzy oraz podmioty przetwarzające wyznaczyli inspektorów ochrony danych osobowych, z którymi może się Pani/Pan kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

- 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
- w zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl

oraz na adres poczty Inspektora ochrony danych u Beneficjenta projektu: od@mozeszwiecej.org.pl

➤ **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z prawem i spełniając 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.**

➤ **Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:**

Realizacja projektu „Zacznij działać!”, a w szczególności w celach aktualnej i przyszłej rekrutacji.

➤ **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.

➤ **Przysługuje Pani/Panu prawo:**

- dostępu do Pani/Pana danych osobowych,

- sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
 - usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
 - ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- **Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).**
- **Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.**
- **Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.**
- **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 Fundację Możesz Więcej, Bilcza ul. Jeżynowa 30, 26-026 Morawica, dla potrzeb aktualnej i przyszłej rekrutacji.

Miejscowość i data	Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki (jeśli dotyczy):

- Zaświadczenie/oświadczenie OPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej.
- Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)
- Zaświadczenie/oświadczenie 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?).....