Fundusze Europejskie Program Regionalny | WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ZAŁĄCZNIK NR 1

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X", bądź uzupełnienie treści)

I. DANE PODSTAWOWE

1. *Nazwisko* **2.** *Imię* **3.** *Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)* __ - __ - ____

4. *Miejsce urodzenia* **5a.** *Płeć (M, K)* **5b.** *Wiek (pełne lata)* **5c.** *PESEL*

II. ADRES ZAMIESZKANIA

6. *Miejscowość* *Ulica* *Nr budynku* *Nr lokalu*

7. *Kod pocztowy* __ - ___ *Województwo* *Powiat*

8. *Gmina*

9. Miejsce zamieszkania *(proszę wstawić **X** w odpowiedniej pozycji)* **Wieś* ☐ ***Miasto* ☐

**Obszar wiejski – teren położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej*

*** Obszar miejski – miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko-wiejskiej*

III. DANE KONTAKTOWE (obowiązkowo)

10. *Nr telefonu* *Email*

IV. DANE DODATKOWE

11. Wykształcenie (Proszę wstawić znak **X** przy wybranej pozycji)

☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe (☐ klasa 1-6, ☐ klasa 1-8) ☐ gimnazjalne
☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe

V. INFORMACJE DODATKOWE

12. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia?
☐tak ☐nie ☐ odmawiam podania informacji

13. Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?
☐tak ☐nie

14. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami ?
☐ tak i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: ☐lekkim ☐umiarkowanym ☐znacznym
☐ nie
☐ odmawiam podania informacji

15. Czy jest Pan(i) osobą w innej (niż wymienione powyżej) niekorzystnej sytuacji społecznej?
☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania informacji

VI. INFORMACJE O SYTUACJI ZAWODOWEJ

16. Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X"):

☐ zarejestrowaną w PUP w …...……...……...…… od (miesiąc, rok) …… jako osoba bezrobotna

☐ Bezrobotną, nie zarejestrowaną w PUP, poszukującą pracy;

☐ Bierną zawodowo - niepracującą, nie zarejestrowaną w PUP, nieposzukującą pracy, uczącą się;

☐ Bierną zawodowo - niepracującą, nie zarejestrowaną w PUP, nieposzukującą pracy, nie uczącą się.

jestem osobą zatrudnioną:

☐ tak ☐ nie

jeśli tak to:

☐ zatrudniony w administracji rządowej
☐ zatrudniony w administracji samorządowej
☐ inne
☐ zatrudniony w MMŚP
☐ zatrudniony w organizacji pozarządowej
☐ prowadzący działalność na własny rachunek
☐ zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
☐ zatrudniony w gospodarstwie rolnym

wykonywany zawód:

☐ rolnik
☐ instruktor praktycznej nauki zawodu
☐ nauczyciel kształcenia ogólnego
☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego
☐ nauczyciel kształcenia zawodowego
☐ pracownik instytucji ochrony zdrowia
☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
☐ pracownik instytucji rynku pracy
☐ pracownik instytucji szkol. wyższ.
☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i PZ
☐ pracownik OWES
☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
☐ inny

Zatrudniony w (nazwa zakładu pracy): ……

FORMY WSPARCIA REALIZOWANE W RAMACH PROJEKTU .

Przy wybranej formie wsparcia należy wstawić znak „X":

□ usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych w miejscu zamieszkania

□ usługi pielęgniarskie opieki środowiskowej w miejscu zamieszkania

□ usługi usprawniająco - rehabilitacyjne w miejscu zamieszkania

□ usługi zdrowotne - lekarz

17. Źródło informacji o Projekcie (np. prasa, radio, telewizja, Internet, plakaty, ulotki itp.):

……

……

VII. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. ***„Wsparcie osób niesamodzielnych"*** oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść **Klauzuli informacyjnej dotyczącej zbierania danych od osoby, której dane dotyczą.**

W związku z przetwarzaniem danych osobowych informujemy – zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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 zwanego ogólnym rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119), informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, mający siedzibę przy al. IV Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;

2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu obsługi Projektu pn. ***„Wsparcie osób niesamodzielnych"***, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, w szczególności:
   - udzielenia wsparcia,
   - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
   - monitoringu,
   - ewaluacji,
   - kontroli,
   - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
   - sprawozdawczości,
   - rozliczenia projektu
   - zachowania trwałości projektu
   - archiwizacji
3. Przetwarzanie danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020.
4. Dane osobowe powierzono do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt Fundacji Gospodarczej Św. Brata Alberta w Kielcach, ul. Sienna 5, 25-725 Kielce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej kontrole w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020.
5. Pozyskane dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacja celów o których mowa w pkt 2 oraz podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych istnieje:
   - prawo dostępu do swoich danych;
   - prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
   - prawo do usunięcia danych, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa ciążącego na administratorze;
   - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
   - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa UODO.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, Podanie danych jest dobrowolne podmiot danych zostanie o tym poinformowany, celem wyrażenia zgodny na przetwarzanie swoich danych osobowych. Podanie danych jest niezbędne do udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
8. Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia się z projektem oraz do czasu archiwizowania dokumentacji, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych przez inny okres.
9. Pani/Pana dane nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
10. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie pn. „Wsparcie osób niesamodzielnych";
12. Zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
13. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Beneficjenta w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach RPO WŚ zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016). Oświadczam, iż administrator danych poinformował mnie, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
14. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu;

15. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
16. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Fundacji Gospodarczej Św. Brata Alberta w Kielcach możliwy jest pod adresem e-mail hospicjumbusko@o2.pl
17. Zostałam(em) poinformowana(y), o możliwości udziału tylko w jednym projekcie współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
18. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

W przypadku Formularza Zgłoszeniowego w Projekcie osoby niepełnoletniej oświadczenie powinno być podpisane przez rodzica/prawnego opiekuna.

Dane zawarte w niniejszej Deklaracji Uczestnictwa w Projekcie są zgodne z prawdą, a pkt. I i II są zgodne z danymi zawartymi w moim dowodzie osobistym:

....

Miejscowość i data — Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy (imię i nazwisko)

Załącznik nr 1a

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Wsparcie osób niesamodzielnych" 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 - Fundacji Gospodarczej Św. Brata Alberta w Kielcach, ul. Sienna 5, 25-725 Kielce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu-……(nazwa i adres ww. podmiotów). 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 „Wsparcie osób niesamodzielnych" oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

…..……	……
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*[*]

[*] W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik nr 1b

OŚWIADCZENIE
Złożone na wniosek strony (art. 75 § 2 kpa).

Ja niżej podpisany(a)

……..…
imię i nazwisko

zamieszkały(a)

Kod pocztowy…....-…….. miejscowość ……..……..

Ulica …… …….....nr domu …… nr mieszkania …….… seria i numer

dowodu osobistego ……... ……Nr PESEL…….

Jestem Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a, § 2 i § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.*

oświadczam, iż dochód za ostatni miesiąc (poprzedzający składanie Formularza Rekrutacyjnego) na 1 osobę w rodzinie wynosi …….. zł

Miejscowość…… Data ……

…… (podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

…… (podpis osoby składającej oświadczenie)

***Art. 233 K.K.** § 1 - Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.
§ 1a – Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2 - Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.
§ 6 – Przepisy §1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenia, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.