**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Aktywność szansą na sukces”**

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

realizowanym przez Fundację Wsparcia Nauki i Biznesu w partnerstwie z LINGO Monika Chmielewska-Sujata
 w ramach

*Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej RPWM.11.00.00 Włączenie społeczne, Działania: RPWM.11.01.00 "Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie", RPWM.11.01.03 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym - projekt ZIT Ełk*

**I. Dane KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię (imiona)** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć\*** |  Kobieta  Mężczyzna |

**II. DANE KONTAKTOWE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** | **Kod pocztowy** | **Miejscowość** |
| warmińsko-mazurskie | ełcki | Ełk | 19-300 | Ełk |
| **Ulica** | **Nr budynku** | **Nr lokalu** |
|  |  |  |
| **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** |
|  |  |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)**  |  ***Kategoria 01***  |

**III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA**

1. **Oświadczam, że należę do poniższych kategorii grup osób:**

(*proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kategoria**  | **w przypadku spełnienia kryterium proszę wpisać „X”**  |
|  | osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, spełniająca min. 1 z kryteriów wymienionych obok: *(zaświadczenie z MOPS,* *zaświadczenie/-a z odpowiedniej/-nich instytucji, oświadczenie o kwalifikowaniu się do objęcia wsparciem pomocy społecznej wraz z dokumentami poświadczającymi przesłankę/-ki lub inne dokumenty potwierdzające powody wykluczenia)****\**** | Należy zaznaczyć wszystkie dotyczące kandydata/-tki:  osoba korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca 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[[1]](#footnote-1); osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym[[2]](#footnote-2); osoba przebywająca 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; osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969); osoba przebywająca 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.); osoba z niepełnosprawnością – osoba 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; członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; osoba potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; osoba odbywające kary pozbawienia wolności (w formie dozoruelektronicznego); osoba korzystająca z PO PŻ. |
|  | osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (*należy zaznaczyć „TAK” w przypadku wskazania więcej niż jednego kryterium w pytaniu powyżej*) |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba bezrobotna, wobec której zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym*(zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej, np. PUP lub ZUS)****\**** |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJJEŻELI „TAK” PROSZĘ WSKAZAĆ STATUS: Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[[3]](#footnote-3) |
|  | osoba bierna zawodowo*(zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej, np. ZUS)****\**** |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo i/lub osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowoi/lubosoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym: osoba z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowym i posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo*(orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)****\**** |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa*(dokument potwierdzający korzystanie z Programu)****\**** |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba o lekkim stopniu niepełnosprawności posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo*(orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)****\**** |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba z wykształceniem |  Niższe niż podstawowe Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Policealne Wyższe |
|  | osoba bez doświadczenia zawodowego |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
|  | osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, wobec której zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym*(zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej, np. PUP lub ZUS)****\**** |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |

**\* W przypadku spełnienia danego kryterium do formularza należy załączyć odpowiedni dokument poświadczający jego spełnienie. W przeciwnym wypadku formularz zostanie odrzucony na etapie oceny formalnej.**

**IV. DODATKOWE INFORMACJE**

1. **Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia, związane z uczestnictwem w projekcie?** (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb niepełnosprawności ruchowej, alternatywne formy materiałów, specjalne wyżywienie, zapewnienia tłumacza migowego, inne)

 TAK  NIE

**Jeśli tak, proszę wskazać jakie**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Czy na czas realizacji zajęć grupowych i szkoleń zgłasza Pani/Pan potrzebę zapewnienia opieki nad swoim dzieckiem?**

 TAK  NIE

1. **Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn.
3. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktów prawnych:
	1. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
	2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
	3. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
	4. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Aktywność szansą na sukces”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
5. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu całkowitego rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
11. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
13. Po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)
14. **Oświadczam, że:**
15. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Aktywność szansą na sukces” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020,* Osi priorytetowej RPWM.11.00.00 Włączenie społeczne, Działania: RPWM.11.01.00 "Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie", RPWM.11.01.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym – projekt ZIT Ełk.
16. Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
17. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
18. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Fundacji Wsparcia Nauki i Biznesu kopii umowy o pracę/ zlecenie lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
19. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Fundacji Wsparcia Nauki i Biznesu zaświadczenia o podjęciu nauki, kopii uzyskanych certyfikatów oraz zaświadczenia o rejestracji w PUP zarówno w przypadku przerwania udziału w projekcie jak i do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.
20. 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 i monitorowania do 3 miesięcy od daty ukończenia udziału w projekcie.

*Pouczona(-y) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym dokumencie zgodne są ze stanem faktycznym. Ich prawdziwość potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

……………………………………..… ………………………...….

 (miejscowość, data) (czytelny podpis)

1. Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym **- osoby bezdomne** realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej **i/lub** **uzależnione od alkoholu**, **i/lub** **uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających**, **i/lub** **chore psychicznie**, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, **i/lub** **długotrwale bezrobotne** w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, **i/lub** **zwalniane z zakładu karnego, mające trudności w integracji ze środowiskiem**, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, **uchodźcą** realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, **lub/i osoby niepełnosprawne**, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych **i ze względu na swoją sytuację życiową nie będące w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdujące się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.** [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi:

- **Osoba bezrobotna niezarejestrowana** w ewidencji urzędów pracy **do formularza należy załączyć zaświadczenie z ZUS**

- **Osoba bezrobotna zarejestrowana** w ewidencji urzędów pracy **do formularza należy załączyć zaświadczenie z PUP**

- **Osoba bierna zawodowo** (tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, np. studenci studiów stacjonarnych, osoby będące na urlopie wychowawczym) **do formularza należy załączyć zaświadczenie z ZUS** [↑](#footnote-ref-3)