**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Silni w rodzinie” RPZP.07.06.00-32-K117/21**

**dla pracowników systemu wsparcia rodziny**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE I KONTAKTOWE** | | | | | | |
| Imię/Imiona: | |  | | | | |
| Nazwisko: | |  | | | Płeć: | * Kobieta * Mężczyzna |
| Data i miejsce urodzenia: | |  | | | Wiek: |  |
| PESEL: | |  | | | | |
| Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)  *(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)* | | * Brak (brak formalnego wykształcenia) * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) * Policealne (szkoła policealna) * Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) | | | | |
| Adres zamieszkania:[[1]](#footnote-1) | | | | | | |
| Województwo: | | Zachodniopomorskie | | | | |
| Powiat: | |  | | | | |
| Gmina: | |  | | | | |
| Miejscowość: | |  | | | | |
| Ulica: | |  | | | | |
| Numer domu: | |  | Numer lokalu: | |  | |
| Kod pocztowy: | |  | Obszar  (proszę zaznaczyć właściwe): | | □ Miejski[[2]](#footnote-2) □ Wiejski[[3]](#footnote-3) | |
| Telefon kontaktowy: | |  | | | | |
| Adres e-mail: | |  | | | | |
| **CZĘŚĆ II: STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | |
| Status zawodowy kandydata | **OSOBA PRACUJĄCA:**  osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących. | | | □ TAK  □ NIE  Jeśli zaznaczono TAK, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia:   * w administracji rządowej * w organizacji pozarządowej * w dużym przedsiębiorstwie * w administracji samorządowej * w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie * inne   Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa):  ……………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………….. | | |
| Wykonywany zawód *- dotyczy osób pracujących:* | | | * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * inny …………………………………………….. | | |
| Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | □ TAK  □ NIE  □ odmawiam podania informacji | | |
| osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | □ TAK  □ NIE | | |
| Osoba z niepełnosprawnością  w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; | | | □ TAK  □ NIE  □ odmawiam podania informacji | | |
| osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osoba należąca do jednej lub kliku z poniższych grup:  i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,  ii. byli więźniowie,  iii. narkomani,  iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,  v. **osoby z obszarów wiejskich.** | | | □ TAK  □ NIE | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ III: SYTUACJA ZAWODOWA** | |
| Oświadczam, że jestem osobą zatrudnioną w podmiocie realizującym usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej: | Nazwa podmiotu:  ……………………………………………………………………………………….  Adres podmiotu:  ………………………………………………………………………………………  Zajmowane stanowisko:  ……………………………………………………………………………………… |
| Opis potrzeby objęcia wsparciem (ocena 0 –10 pkt). | ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………….. |
| Wnioskowane wsparcie | * Szkolenia grupowe: * „Trudności we współpracy z rodzicami” – w wymiarze 16 h na grupę; * „Stres” – w wymiarze 16 h na grupę; * Wsparcie w postaci superwizji dla wychowawców i kierowników PWD |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ IV: SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością** | | | |
| Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje: | 1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Pętla indukcyjna |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Powiększony tekst |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Inne |  | TAK |
|  | NIE |
| Jeżeli w **pkt 5 zaznaczono TAK**, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia: |  | | |
| Jeżeli w **pkt 6 zaznaczono TAK,** proszę wymienić potrzeby: |  | | |

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

**Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:**

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:
2. przebywam na obszarze Województwa Zachodniopomorskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego tj. zamieszkuję/ uczę się / pracuję na terenie jednej z Gmin: Gminy Barlinek/ Chojna/ Kalisz Pomorski/ Mirosławiec/ Płoty;
3. jestem pracownikiem podmiotu realizującego usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej;
4. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie Silni w rodzinie!   
   RPZP.07.06.00-32-K117/21 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 zobowiązuję się do uczestnictwa we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla mnie ścieżką wsparcia.
5. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. formularzu są prawdziwe.

* Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
* Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
* Oświadczam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis

***OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU***

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Silni w rodzinie” nr RPZP.07.06.00-32-K117/21** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
3. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
   1. w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
5. 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
6. 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
7. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
   1. w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
8. 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,
9. 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,
10. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
11. 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
12. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. **„Silni w rodzinie”   
    nr RPZP.07.06.00-32-K117/21,** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
13. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Ośrodkowi Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, z siedzibą przy ul. Kminkowej 182 E/2, 62-064 Plewiska oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
14. Dodatkowo w terminie 4 tygodni 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. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
16. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
17. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
18. abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
19. iod@miir.gov.pl – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
20. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
21. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
22. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
23. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

……………..…..……………………………………… ………………..……………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\**

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

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

* **Zaświadczenie o zatrudnieniu w podmiocie realizującym usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej;**

**Fakultatywne:**

1. Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (jeśli dotyczy).

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia[[4]](#footnote-4) obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie  (wypełnia beneficjent/partner /realizator ) |
| Ilość punktów: ……………………………………………. ……………………………………………………………….  (podpis) |

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim. [↑](#footnote-ref-1)
2. obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-2)
3. tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko –wiejskiej [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)