Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY do udziału w projekcie**

**„Nie jesteś sam!”**

**Nr RPLD.09.02.01-10-D020/22-00**

**na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym potrzebujących wsparcia   
w codziennym funkcjonowaniu będących mieszkańcami powiatu opoczyńskiego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formy wsparcia (należy przy wybranych formach wsparcia wpisać znak X)** | | **1.** | **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** | |  | | | |
| **2.** | **Specjalistyczne Usługi opiekuńcze  w miejscu zamieszkania** | |  | | | |
| **3.** | **Usługa dowożenia posiłków** | |  | | | |
| **Dane podstawowe** | | **1.** | **Imię** | |  | | | |
| **2.** | **Nazwisko** | |  | | | |
| **3.** | **Płeć** | | □ Kobieta □ Mężczyzna | | | |
| **4.** | **Pesel** | |  | | | □ Brak |
| **5.** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | |  | | | |
| **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** | | □ Tak (jakiej?) ……………………………..  □ Nie □ Odmawiam odpowiedzi | | | |
| **Niepełnosprawność** | □ TAK □ NIE □ Odmawiam odpowiedzi | | | Stopień niepełnosprawności □ lekki  □ umiarkowany  □ znaczny  □ nie dotyczy | | | Rodzaj niepełnosprawności  □ sprzężona  □ intelektualna  □ zaburzenia psychiczne  □ inna  □ nie dotyczy | |
| **Status osoby na rynku pracy** | □ osoba bezrobotna | | | | □ osoba bierna zawodowo | | | |
| W tym: □ osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | W tym:  □ osoba ucząca się lub kształcąca się □ inne  □ osoba nieuczestnicząca  w kształceniu lub szkoleniu | | | |
| W tym:  □ długotrwale bezrobotna: □ inne | | | |  | | | |
| □ osoba pracująca  Miejsce pracy: ……………………………………………………………………………..  Stanowisko: ………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ:** | | | | | | | | |
| **Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | Osoba korzystająca ze świadczeń 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; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej potwierdzających korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej | |
| Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy  z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający sytuację uczestnika wskazaną  w art. 1 ust.2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r.  o zatrudnieniu specjalnym | |
| Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca 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, należy dołączyć:  - zaświadczenie od właściwej instytucji lub zaświadczenie od kuratora | |
| Osoba z niepełnosprawnościami – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy  z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także osoby  z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby  z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem potwierdzającym stan zdrowia; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia | |
| Członek gospodarstwa domowego 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; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością, np. decyzja przyznaniu świadczenia pielęgnacyjnego | |
| Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający bezdomność lub dotknięcie wykluczeniem z dostępu do mieszkań, np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu | |
| Osoba korzystająca z PO PŻ; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, należy dołączyć:  - dokument wydany przez ośrodek pomocy społecznej potwierdzający korzystanie z Programu | |
| Status rodzinny | Osoba samotna w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona pomocy w codziennym funkcjonowaniu mimo wykorzystywania własnych uprawnień, zasobów i możliwości; | | | | □ TAK  □ NIE | | | |
| Osoba samotnie gospodarująca w rozum. art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r.  o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić pomocy w codziennym funkcjonowaniu, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości; | | | | □ TAK  □ NIE | | | |
| Osoba w rodzinie, gdy rodzina nie może,  z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy w codziennym funkcjonowaniu, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. | | | | □ TAK  □ NIE | | | |
| Dochody | Osoba z niepełnosprawnością / osoba niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej | | | | □ TAK  □ NIE | | | |
| **Informacje dotyczące ograniczeń w przypadku osób niepełnosprawnych** | | | | | | | | |
| **Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające  z niepełnosprawności?**  *(wypełnia osoba niepełnosprawna)* | | | | | | □ TAK\*  □ NIE | | |
| \* jeśli TAK, proszę podać jakie | | | |  | | | | |
| **Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające  z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział we wsparciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?** | | | |  | | | | |
| **SKĄD DOWIEDZIAŁAM/ŁEM SIĘ**  **O PROJEKCIE?** | | | | **□** Od pracownika biura projektu | | | | |
| **□** Z plakatów i ulotek | | | | |
| **□** Ze strony Internetowej projektu | | | | |
| **□** Z profilu projektu na Facebook | | | | |
| **□** 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 **„Nie jesteś sam!”** współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020 Oś priorytetowa 09-IX Włączenie społeczne; Działania 02-IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym Poddziałania 01-IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne.  **-** 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;  - jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  - jestem osobą pełnoletnią (powyżej 18 r.ż.)  - 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),  - zostałem/-am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne  z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.  **- 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”) Stowarzyszenie PROREW informuje, że:  **- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest odpowiednio:**  a) 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,  b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.  **- Podmiotami przetwarzającymi Pani/Pana dane są:**  a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,  b) Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,  c) Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,  d) Beneficjent realizujący Projekt – Fundacja Możesz Więcej, Bilcza ul. Jeżynowa 30, 26-026 Morawica oraz Partner Spółdzielnia Socjalna Promyk Nadziei, ul. Mikołaja Kopernika 5D, 26-300 Opoczno,  e) 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.  - Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Nie jesteś sam!”  w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.  - Może Pan/Pani skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:  a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl  b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl lub adres poczty: od@mozeszwiecej.org.pl  - Przetwarzanie Pana/Pani 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 i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:  1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:  a) 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,  b) 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,  c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych  w perspektywie finansowej 2014–2020;  2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:  a) 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,  b) 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,  c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych  w perspektywie finansowej 2014–2020,  d) 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.  - Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.  - Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.  - Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.  - Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.  - Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.  - Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania. | | | | | | | | |
| **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 (lider) oraz Spółdzielnie Socjalną Promyk Nadzi, dla potrzeb rekrutacji do projektu „Nie jesteś sam!”. | | | | | | | | |
| **Miejscowość i data** | | | | | **Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki** | | | |
|  | | | | |  | | | |
| **Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki (jeśli dotyczy):** | | | | | | | | |
| □ Zaświadczenie z Urzędu Pracy [dotyczy osób bezrobotnych (w tym długotrwale bezrobotnych) zarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy].  □ Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o pozostawaniu osobą niepracującą [dotyczy osób biernych zawodowo i bezrobotnych (w tym długotrwale bezrobotnych) niezarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy].  □ Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia [dotyczy osób  z niepełnosprawnościami].  □ Dokument/y potwierdzające przynależność do grupy docelowej tj. osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.  □ Inne ……………………………………… | | | | | | | | |