

Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do udziału w projekcie  
„PrzeŁOMowa zmiana!”

Numer umowy RPLD.09.01.02-10-0022/18-00

<b>Dane podstawowe</b>	1.	Imię		
	2.	Nazwisko		
	3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4.	PESEL		<input type="checkbox"/> Brak
<b>Dane teleadresowe uczestnika</b>	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)		
<b>Pozostałe informacje dotyczące uczestnika</b>	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 5-8)	
	16.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub 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	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji

			<input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający sytuację <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	18.	<b>Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</b> (inne niż wymienione powyżej, np. byłem/-am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, zamieszkuję obszary wiejskie)	<input type="checkbox"/> Tak (jakiej?)..... <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Niepelnosprawność	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi *Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia	<b>Stopień niepełnosprawności</b> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<b>Rodzaj niepełnosprawności</b> <input type="checkbox"/> sprzężona <input type="checkbox"/> intelektualna <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Status osoby na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w zawodzie: ..... w firmie:.....
	<b>W tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <b>W tym:</b> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna: <input type="checkbox"/> inne	<b>W tym:</b> <input type="checkbox"/> osoba ucząca lub kształcąca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<b>W tym pracująca w:</b> <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> Organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Na własny rachunek <input type="checkbox"/> Dużym przedsiębiorstwie

### STATUS KANDYTATA/KANDYTATKI

#### Oświadczam, że jestem:

	osoba lub rodzina korzystająca/e ze świadczeń z pomocy społecznej zg. z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	osoby przebywające 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	rodziny 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka <b>ORAZ:</b> <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, ze zm.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z Urzędu Pracy
	osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono: <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika <input type="checkbox"/> Zaświadczenie

### Informacje dotyczące ograniczeń w przypadku osób niepełnosprawnych

<p><b>Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?</b> (wypełnia osoba niepełnosprawna)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>*jeśli TAK, proszę podać jakie</p>	
<p><b>Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?</b></p>	

### OŚWIADCZENIE

**Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajania prawdy, niniejszym oświadczam, iż:**

- zgłaszam chęć udziału w projekcie „PrzeŁOMowa zmiana!” 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 02 – IX.1.2 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – ZIT.
- zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu 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/lam poinformowany, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego;
- 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 przedkładania Stowarzyszeniu PROREW wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu,
- zostałem/-am poinformowany o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi dokumentów potwierdzających podjęcie pracy, tj. kopia umowy o pracę, kopia umowy cywilnoprawnej, zaświadczenie o zatrudnieniu lub potwierdzających założenie działalności gospodarczej, zarówno w przypadku przerwania udziału jak i do 3 miesięcy od końca udziału w projekcie tj. wypis z CEIDG/KRS, dowód opłacania składek ZUS,
- zostałem/-am poinformowany o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi dokumentów potwierdzających poszukiwanie pracy, tj. oświadczenie o poszukiwaniu pracy lub zaświadczenie z urzędu pracy (dotyczy biernych zawodowo w momencie przystąpienia do projektu), dokumentów potwierdzających podjęcie dalszej aktywizacji zawodowej, zarówno w przypadku przerwania udziału jak i do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie, ,
- zostałem/-am poinformowany o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi ankiet lub dokumentów poświadczających postęp w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej albo podjęcie dalszej aktywizacji tj. m.in.: zaświadczenie o podjęciu nauki, kopia certyfikatów ukończonych kursów i szkoleń, kopia umowy o wolontariacie, zaświadczenie od lekarza/opinia psychologa, terapeuty, pracownika socjalnego, zarówno w przypadku przerwania udziału jak i do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie,
- zostałem/-am poinformowany o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi dokumentów niezbędnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. kopie certyfikatów, kopie dyplomów, wyników egzaminu, zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji wydanych przez organ uprawniony, zaświadczeń potwierdzających nabycie kompetencji, oświadczenia/zaświadczenia z urzędu pracy potwierdzające fakt poszukiwania pracy, kopia umowy o pracę, kopia umowy cywilnoprawnej, zaświadczenia z zakładu pracy/ZUS/US, wpis do CEIDG/KRS (w przypadku osób pracujących na własny rachunek) do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie,
- zostałem/-am poinformowany o obowiązku rejestracji w urzędzie pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie w przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia i o ile mogę podlegać takiej rejestracji,
- oświadczam, iż nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- 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:

### 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:

- 1.1. 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,
- 1.2. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.

### 2. Podmiotami przetwarzającymi Pani/Pana dane są:

- 2.1. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- 2.2. Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- 2.3. Instytucja Pośrednicząca – Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź,
- 2.4. Beneficjent realizujący Projekt – Stowarzyszenie PROREW, ul. Kasztanowa 12/15, 25-555 Kielce
- 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 na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

### 3. Inspektor ochrony danych osobowych:

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

- 3.1. 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](mailto:iod@lodzkie.pl)
- 3.2. w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)

lub na adres poczty Inspektora ochrony danych u Beneficjenta: [od@stowarzyszenieprorew.pl](mailto:od@stowarzyszenieprorew.pl).

### 4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z prawem i spełniając 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.

### 5. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

Realizacja projektu „PrzeŁOMowa zmiana!”, a w szczególności w celach aktualnej i przyszłych rekrutacji.

### 6. 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.

### 7. Przysługuje Pani/Panu prawo:

- 7.1. dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
- 7.2. sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- 7.3. usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
- 7.4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.
10. Przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

### 11. 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 Stowarzyszenie PROREW, ul. Kasztanowa 12/15, 25-555 Kielce, dla potrzeb aktualnej i przyszłych rekrutacji.

Miejscowość i data	Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki



**Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki (jeśli dotyczy):**

- Zaświadczenie OPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej.
- Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia (dotyczy osób z niepełnosprawnościami).
- Zaświadczenie 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 posiadaniu statusu osoby bezrobotnej wg BAEL.
- Inne (jakie?).....