

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSÓB FIZYCZNYCH

Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej		
RPSL.09.03.01-24-013A/15		
DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do 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. U. UE. z 2013 r. L 347/470)		
Dane uczestnika	Imię	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny (osoba fizyczna przystępująca do projektu indywidualnie) <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu (osoba fizyczna delegowana przez instytucję do odbioru wsparcia)
	Nazwa Instytucji	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ISCED 0 - niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ISCED 1 - wykształcenie PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> ISCED 2 - wykształcenie GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 3 - wykształcenie PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 4 - wykształcenie POLICEALNE <input type="checkbox"/> ISCED 5 – studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) <input type="checkbox"/> ISCED 6 – studia licencjackie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 7 – studia magisterskie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 8 – studia doktoranckie lub ich odpowiedniki	
Dane kontaktowe uczestnika	Kraj	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	
	Telefon kontaktowy	
Adres e-mail		
Szczegóły	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	

Obowiązuje od dnia 05 lipca 2016 roku

		<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo , w tym: <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca , w tym: <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP (w tym spółdzielnia socjalna) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inne	
	Wykonywany zawód (wypełnić zgodnie z klasyfikacją zawodów):		
	Zatrudniony w:		
	Zatrudniony jako:	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Wolontariusz	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający daną sytuację np. wyrok sądu <input type="checkbox"/> Pismo ze spółdzielni o zadłużeniu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ		
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika	
Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej	

Obowiązuje od dnia 05 lipca 2016 roku

LIDER:

Centrum Społecznego Rozwoju

PARTNERZY:

Gmina Dąbrowa Górnicza

Miasto Gliwice / Gliwickie Centrum

Organizacji Pozarządowych

Fundacja Rozwoju Ekonomii Społecznej

Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych

ROWES

Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej



tj. spełniająca co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.***	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Zaświadczenie kuratora <input type="checkbox"/> Wyrok sądu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub w młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii
Osoby z 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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka ORAZ: <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono: * <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika

Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

- Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Regionalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej” przewidzianego do realizacji przez Centrum Społecznego Rozwoju w partnerstwie z Gminą Dąbrowa Górnicza, Miastem Gliwice / Gliwickim Centrum Organizacji Pozarządowych, Fundacją Rozwoju Ekonomii Społecznej oraz Ośrodkiem Wspierania Inicjatyw Społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie,
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.
- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

MIJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****

Obowiązuje od dnia 05 lipca 2016 roku



OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja niżej podpisany(na), niniejszym oświadczam, iż:	
<ul style="list-style-type: none">– Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu,– Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),– Wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/wypowiedzi przez realizatorów projektu pt.: „Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej” (Centrum Społecznego Rozwoju, Gmina Dąbrowa Górnicza, Miasto Gliwice / Gliwickie Centrum Organizacji Pozarządowych, Fundacja Rozwoju Ekonomii Społecznej, Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych), dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych.	
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****

* - Wypełnia Projektodawca.

** - Zgodnie z art. 7 Ustawy, pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) (uchylony); 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej

*** - Zgodnie z art. 1 ust. 2 przepisy Ustawy stosuje się w szczególności do:

1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwanie bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Jednocześnie art. 1 ust.3 ww. Ustawy mówi, że przepisów ustawy nie stosuje się do osób wymienionych w ust. 2, które mają prawo do: 1) zasiłku dla bezrobotnych; 2) zasiłku przedemerytalnego; 3) świadczenia przedemerytalnego; 4) (uchylony); 5) renty strukturalnej; 6) renty z tytułu niezdolności do pracy; 7) emerytury; 8) nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

**** - W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej deklaracja powinna zostać podpisana przez jej prawnego opiekuna.

UWAGA!

Kserokopie załączonych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę składającą formularz zgłoszeniowy poprzez opatrzenie każdej strony kserokopii dokumentu klauzulą „Za zgodność z oryginałem”, bieżącą datą oraz własnoręcznym, czytelnym podpisem osoby starającej się o udział w projekcie.

W przypadku osób niepełnosprawnych dopuszcza się możliwość złożenia dokumentów rekrutacyjnych przy pomocy pełnomocnika, zgodnie z zapisami Kodeksu Cywilnego.

Obowiązuje od dnia 05 lipca 2016 roku

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020), mający siedzibę przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice;
2. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WSL 2014-2020;
3. Podanie danych przez uczestnika projektu jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w projekcie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
4. Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. W odniesieniu do zbioru „Dane uczestników projektów RPO WSL na lata 2014 – 2020” podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) w powiązaniu z aktami prawnymi w tym:
 - a) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) Ustawą 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 2014 r. poz. 1146 z późn. zm.);
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Centrum Społecznego Rozwoju z siedzibą w Łaziskach Górnych oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – partnerom projektu: Gminie Dąbrowa Górnicza, z siedzibą w Dąbrowie Górniczej (41-300), przy ul. Granicznej 21, Miastu Gliwice / Gliwickiemu Centrum Organizacji Pozarządowych, z siedzibą w Gliwicach (44-100), przy ul. Zwycięstwa 21, Fundacji Rozwoju Ekonomii Społecznej, z siedzibą w Katowicach (40-748), przy ul. Kanałowej 32B oraz Ośrodkowi Wspierania Inicjatyw Społecznych, z siedzibą w Jaworznie (43-600) przy ul. Grunwaldzkiej 235.
6. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone do przetwarzania podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta;
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Dane będą także przekazywane do Centralnego Systemu Teleinformatycznego prowadzonego przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa;
8. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem;
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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

Obowiązuje od dnia 05 lipca 2016 roku