

## 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"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b> <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b> <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	

Obowiązuje od dnia 25 maja 2018 roku

		<input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b> , w tym: <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca</b> , 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	
	<b>w tym:</b> 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 (inne niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	<b>PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ</b>		
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	

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 niesamodzielna 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.

<b>MIJSCOWOŚĆ I DATA</b>	<b>CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****</b>

Obowiązuje od dnia 25 maja 2018 roku



## OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja niżej podpisany(na), niniejszym oświadczam, iż: – 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) długotrwale 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 25 maja 2018 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*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
  2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
  3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności: udzielenia wsparcia, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoring, ewaluacji, kontroli, audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.
  4. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (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 – dalej: RODO), wynikający z:
    - 1) art. 125 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 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
    - 2) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
  5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Centrum Społecznego Rozwoju z siedzibą w Mikołowie 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 być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, 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, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
  7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
  8. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  9. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
  10. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
  11. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
- Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:
1. 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\*.

Obowiązuje od dnia 25 maja 2018 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



2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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

Obowiązuje od dnia 25 maja 2018 roku



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

