***Załącznik nr 1 Formularz rekrutacyjny***

*do Regulaminu**rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU**

*„Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego”*

*Wypełnia Beneficjent:*

Data wpływu: ….........................................

Numer formularza: …................................

**Ważne:** Dopuszcza się podpisanie formularza rekrutacyjnego przez opiekuna faktycznego, jeżeli stan zdrowia Kandydata/Kandydatki będącej osobą niesamodzielną nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ustanowionego opiekuna prawnego. W przypadku osób niepełnoletnich formularz rekrutacyjny podpisuje opiekun prawny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część I Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie**  (Proszę uzupełnić wszystkie pola czytelnie drukowanymi literami lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X” | | | |
| **Dane osobowe** | **Imię (imiona)** |  | |
| **Nazwisko** |  | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Płeć** | **□ Kobieta □Mężczyzna** | |
| **Wiek** w chwili przystąpienia do projektu |  | |
| **Adres zamieszkania** | **Powiat** |  | |
| **Gmina** |  | |
| **Kod pocztowy** |  | |
| **Ulica** |  | |
| **Numer domu** |  | |
| **Numer lokalu** |  | |
| **Dane kontaktowe** | **Telefon kontaktowy** |  | |
| **Adres (e-mail)** |  | |
| **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)* |  | |
| **Wykształcenie** | **Należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia** | ⬜ **Brak**(brak formalnego wykształcenia)  ⬜ **Podstawowe** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)  ⬜ **Gimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum )  ⬜ **Ponadgimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)  ⬜ P**olicealne** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną  ⬜ **Wyższe** (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | ⬜ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  ⬜ osoba długotrwale bezrobotna (osoba długotrwale bezrobotna w przypadku osób poniżej 25 r. życia bezrobotna nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, osoby powyżej 25 r. życia nieprzerwanie pozostające bez pracy przez okres 12 miesięcy)  ⬜ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  ⬜ osoba bierna zawodowo  ⬜osoba pracująca *(należy podać miejsce i adres zatrudnienia) …………………………………………………………………………………….........................................*  *……………………………………………………………………………………………………………………………*  ⬜ inne, jakie? ………………………………………………………………………… | | |
| **Oświadczam, że:**  (należy zaznaczyć „**X**” przy odpowiedniej pozycji) | **Jestem osobą niesamodzielną** | | □ |
| **z jakiego tytułu: wieku/niepełnosprawności/stanu zdrowia/inne.** | | ……………….. |
| **Jestem pełnoletnim opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną** | | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część II Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu** | | | | |
|  | | | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że:** (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji) | **Korzystam** ze świadczeń z pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.) finansowych i/lub niefinansowych. | |  |  |
| **Jestem** osobą o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym | |  |  |
| **Jestem** osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu Funkcji opiekuńczo-wychowawczych | |  |  |
| **Jestem** osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości | |  |  |
| **Przebywam** w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii | |  |  |
| **Jestem** osobą z niepełnosprawnością  ……………………………………………………………………………………………………………………………… (jakiego rodzaju/stopnia? Oznaczona jakim symbolem?) | |  |  |
| **Jestem** członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością i co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje | |  |  |
| **Jestem** osobą, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy | |  |  |
| **Jestem** osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |  |  |
| **Jestem** osobą z niepełnosprawnościami lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie. | |  |  |
| **Korzystam** z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020  Jeśli TAK = korzystam to **oświadczam**, że nie otrzymałam/em lub nie otrzymuję tożsamego wsparcia w ramach działań towarzyszących w Programie PO PZ 2014-2020. ……………………………………………………(podpis) | |  |  |
| **Jestem** osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia. | |  |  |
| **Jestem** osobą zamieszkującą na obszarach zdegradowanych, wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji | |  |  |
| **Jestem** osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia. | |  |  |
| **Jestem** osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej. | |  |  |
| **Wyrażam zgodę i gotowość uczestniczenia w pogłębionym wywiadzie dotyczącym mojej sytuacji zdrowotnej i życiowej koniecznym do zaplanowania dalszego wsparcia w projekcie.** | ….………………………………..  podpis | | |
| **Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i przyjmuję go do wiadomości.** | ….………………………………..  podpis | | |
| **Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż:**  **- wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne.**  **-** mam świadomość, że podanie danych jest dobrowolne i niezbędne do realizacji celów prowadzonego projektu  - przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą  - zostałam/zostałem poinformowana/ny, iż projekt „Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  - wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu  data …………………..…… …………..……………………………………  podpis Kandydata/Kandydatki  Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż nie jestem Uczestnikiem/Uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju.  data …………………..…… …………..……………………………………  podpis Kandydata/Kandydatki  O projekcie „Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego” dowiedziałem/łam się z:  ……………………………………………………………………………….......................................................................................... | | | | |

**Część II. OŚWIADCZENIA**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego”:

1. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym przez Organizatora w celu realizacji projektu „Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego” zgodnie z obowiązującymi przepisami z zakresu danych osobowych, w szczególności z Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE.L Nr 119) RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2018 r. poz. 1000). Rozumiem, że podanie danych jest dobrowolne i niezbędne do realizacji celów prowadzonego projektu. Zgoda na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym dokumencie może być w każdej chwili wycofana, co nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania przedmiotowych danych osobowych przed jej wycofaniem.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z Polityką Ochrony Danych Osobowych Organizatora oraz Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych.

Miejscowość i data …………………..…… ……...................................................

podpis

1. **Oświadczenie (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. **„**Znajdź Pomoc - Centrum Wsparcia Opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych na terenie powiatu bocheńskiego**”** **przyjmuję do wiadomości**, **że:**

1) Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014–2020”, jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków (dalej zwanym IZ).

2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, [odo@umwm.malopolska.pl](mailto:odo@umwm.malopolska.pl) lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków.

3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (RPO WMA), w szczególności:

- zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu;

- zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Programu.

4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący 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:

a) 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;

b) 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 - Fundacji Onkologicznej RAKIETY al. Aleja Rzeczypospolitej 2 lok U2, 02-972 Warszawa.

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 Małopolskiego 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 Małopolskiego 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.

Miejscowość i data …………………..…… ……………………………...................................

podpis Kandydata/Kandydatki

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |