

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie RPO WZ pn. „Aktywnie w przyszłość” realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach w latach 2016 – 2019

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY* do udziału w projekcie pn. „Aktywnie w przyszłość”
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WZ 2014-20, działanie 7.1

1. DANE OSOBOWE	Kraj: Polska	Rodzaj uczestnika: indywidualny			
Imię i nazwisko					
PESEL		Wiek		Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe		

2. DANE KONTAKTOWE: (adres zamieszkania)	Województwo: zachodniopomorskie		Powiat: gryficki		
Ulica		nr domu		nr lokalu	
Miejscowość		kod pocztowy			
Gmina		Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> obszar wiejski <input type="checkbox"/> obszar miejski		
Numer telefonu kontaktowego		E-mail			
Adres do korespondencji:	<input type="checkbox"/> taki sam jak wyżej <input type="checkbox"/> inny (jaki?).....				

3. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY					
<input type="checkbox"/>	Bezrobotny (osoba zarejestrowana w PUP)	w tym długotrwale bezrobotny: <input type="checkbox"/> (młodzież poniżej 25 roku życia, zarejestrowana przez okres ponad 6 miesięcy) <input type="checkbox"/> (dorośli powyżej 25 roku życia, zarejestrowane przez okres ponad 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> inne			
<input type="checkbox"/>	Bezrobotny (osoba niezarejestrowana w PUP)	w tym długotrwale bezrobotny: <input type="checkbox"/> (młodzież poniżej 25 roku życia, bezrobotna przez okres ponad 6 miesięcy) <input type="checkbox"/> (dorośli powyżej 25 roku życia, bezrobotna przez okres ponad 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> inne (poszukujący pracy: tak, nie)			
<input type="checkbox"/>	Bierny zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się <input type="checkbox"/> osoba nieucząca się i niekształcąca <input type="checkbox"/> inne (poszukujący pracy: tak, nie)			
<input type="checkbox"/>	Pracujący	w tym: <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> samozatrudniony <input type="checkbox"/> administracja rządowa <input type="checkbox"/> administracja samorządowa <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> miejsce zatrudnienia:			

Biuro Projektu:



4. SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY	
Przynależność do mniejszości:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Powody wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> osoba opuszczająca pieczę zastępczą
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – 3

5. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA I POTRZEBY DODATKOWE					
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Stopień niepełnosprawności:		
Mam problemy z poruszaniem się, lecz nie potrzebuję wózka	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Sprawuję opiekę nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Poruszam się samodzielnie na wózku	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Posiadam niepełnosprawność sprzężoną	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Chcę korzystać z opiekuna osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Inne specjalne wymagania:		

6. UDZIAŁ W FORMACH WSPARCIA (w przypadku zakwalifikowania do Projektu na lata 2018 -2019, deklaruje chęć udziału w następujących formach wsparcia):
<input type="checkbox"/> wsparcie pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne <input type="checkbox"/> doradztwo zawodowe <input type="checkbox"/> wsparcie doradcy ds. osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> wsparcie koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> sfinansowanie nauki na poziomie wyższym* <input type="checkbox"/> treningi kompetencji i umiejętności społecznych <input type="checkbox"/> uczestnictwo w zajęciach Centrum Integracji Społecznej (CIS) <input type="checkbox"/> kursy i szkolenia - proszę wymienić, jakie:..... Uzasadnienie wyboru ww. kursów i szkoleń:.....

* dotyczy wyłącznie wychowanków opuszczających pieczę zastępczą



Do formularza zgłoszeniowego dołączam następujące załączniki:

- a) deklaracja uczestnictwa w projekcie
- b) oświadczenie uczestnika projektu
- c) zaświadczenie określające sytuację na rynku pracy (osoba zarejestrowana w PUP)
- d) zaświadczenie o kontynuowaniu nauki (osoba opuszczająca pieczę zastępcza, ucząca się lub kształcąca)
- e) orzeczenie o niepełnosprawności / oświadczenie
- f) oświadczenie o pozostawaniu w pieczy zastępczej

.....
data, czytelny podpis

.....
*podpis opiekuna zastępczego w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej**

OSWIADCZENIA*:

1. Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach z siedzibą w 72-300 Gryfice, ul. Dworcowa 22, w celach związanych z realizacją projektu pn. „Aktywnie w przyszłość”, w ramach RPO WZ 2014-2020.
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie diagnozy mojego potencjału podczas rozmowy kwalifikacyjno – motywacyjnej w zakresie oferowanego wsparcia w celu dobrania odpowiednich narzędzi na późniejszym etapie. Podstawa prawna: Art. 4 pkt 11, art. 6 ust. 1 lit. c, 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. U. L 11 z 4.5.2016).
2. Zapoznałem/ am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w/w projekcie.
3. Oświadczam, iż wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne z prawdą. Zostałem/ am uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Projekcie.
Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
data, czytelny podpis

.....
*podpis opiekuna zastępczego w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej**

.....
podpis i pieczętka pracownika przyjmującego oświadczenie

**w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej, wymagany jest również podpis opiekuna prawnego, opiekuna zastępczego.*

Biuro Projektu:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach
ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice
tel. / fax. 91 384 66 26, e-mail: rpo-pcpr@pcprgryfice.pl
strona internetowa: www.pcprgryfice.pl



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Klauzula informacyjna do formularza zgłoszeniowego – informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla uczestnika/uczestniczki III edycji projektu pn. „Aktywnie w przyszłość” *

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
 - a) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru pn. „Projekty RPO WZ 2014 – 2020”;
 - b) minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl
 - b) iod@miir.gov.plkontakt z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR Gryfice możliwy jest pod numerem tel. nr 608 059 292 lub adresem email: ido@it-serwis.com.pl
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020), którego jest Pani/Pan uczestnikiem, a w szczególności: potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.
5. Pani/Pana dane zostają powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - nazwa i adres beneficjenta: Powiat Gryficki, Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice; nazwa i adres realizatora projektu: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach, ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice przy współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy, ul. Koszarowa 4, 72-300 Gryfice oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - nazwa i adres ww. podmiotów:

Biuro Projektu:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach
ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice
tel. / fax. 91 384 66 26, e-mail: rpo-pcpr@pcprgryfice.pl
strona internetowa: www.pcprgryfice.pl



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Grzegorz Szczudło, ul. Mickiewicza 2, 72-300 Gryfice
- Karolina Sieńko, ul. Głęboka 3a/6, 72-320 Trzebiatów
- Zachodniopomorskie Centrum Szkoleń i Wspierania Przedsiębiorczości Mirosław Szczegliński, ul. Mazowiecka 33/16, 78-100 Kołobrzeg
- Fundacja „Rozwój – Integracja”, ul. Brzozowa 3AC/1, 72-300 Gryfice – (w przypadku uczestników kierowanych na zajęcia do Centrum Integracji Społecznej)

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014- 2020 w celu prawidłowej realizacji zadań, o których mowa w punkcie 3, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.

6. Kategorie danych osobowych: dane wrażliwe i niewrażliwe.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
11. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
data, czytelny podpis

.....
*podpis opiekuna zastępczego w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej**

**w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej, wymagany jest również podpis opiekuna prawnego, opiekuna zastępczego.*

Biuro Projektu:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach
ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice
tel. / fax. 91 384 66 26, e-mail: rpo-pcpr@pcprgryfice.pl
strona internetowa: www.pcprgryfice.pl