| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU**  „Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży*”*  Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K029/20  Oś Priorytetowa VII: *Włączenie społeczne*  Działanie 7.6: *Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym*  Cel szczegółowy: *Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FOMULARZA**  **Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem lub oznaczać znakiem „x” we właściwym polu. Należy wskazać numer telefonu lub adres e-mail, aby umożliwić kontakt i weryfikację danych.**  **W przypadku udziału w projekcie osób małoletnich, oświadczenie o uczestnictwie powinno zostać podpisane przez opiekuna prawnego.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik drukowanymi literami) \*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Imię: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Kraj: | | | Polska | | | | | | | | | | | | | | | | | Obywatelstwo: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia - (RRRR-MM-DD) | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | | | - | | |  | |  | | | - |  | | |  | |
| PESEL: | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| Dane kontaktowe – miejsce zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica  (ze wskazaniem: ulica, plac, aleja): | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr domu: | | | |  | | | | | Nr mieszkania: | | | | |  | | | |
| Miejscowość: | |  | | | | | | | | | | | | | | Powiat: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Gmina: | | | |  | | | | | | |
| Województwo:  -  Powiat: | | | | | Zachodniopomorskie | | | | | | | | | | | | | | | | Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | - | |  |  |  |
| Tel.: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Wykształcenie\*\*: | Niższe niż podstawowe | | | | | | | | | | | | | | Podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Gimnazjalne | | | | | | | | | | | |
| Policealne | | | | | | | Ponadgimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wyższe | | | | | | | | | | | | | | |
| Status na rynku pracy \*\*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Zatrudniony | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uczący się | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Bierny zawodowo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*\*Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*

*\*\*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

|  |  |
| --- | --- |
| Zatrudniony w:  (miejsce wykonywania pracy, stanowisko) |  |
| Forma zatrudnienia: umowa o pracę, umowa cywilno-prawna (dzieło, zlecenie), własna działalność gospodarcza |  |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie pn.: „Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014 – 2020, Priorytet VII Włączenie Społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

* 1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży”.
  2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
  3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

….…………..…………………………………..

(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| W związku z przystąpieniem do projektu pn. „ Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży ” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:   1. Administratorem moich danych osobowych jest: 2. Województwo Zachodniopomorskie, mające siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniące 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”; 3. 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”. 4. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 5. 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”. 6. Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. poz. 1000) 7. Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:   - w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:   * 1. rozporządzenia 1303/2013;   2. rozporządzenia nr 1304/2013;   3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych  w perspektywie finansowej 2014–2020;   - w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:   * 1. rozporządzenia nr 1303/2013;   2. rozporządzenia nr 1304/2013;   3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych  w perspektywie finansowej 2014–2020;   4. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu  do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi  i pośredniczącymi;  1. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „ Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży ” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020); 2. Dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy  w Szczecinie, ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin oraz beneficjentowi realizującemu projekt - Województwu Zachodniopomorskiemu z siedzibą przy ul. Korsarzy 34 w Szczecinie oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu:   Powiatowi ……………………………………………………………………………………………………….………  *(nazwa i adres Powiatu / PCPR).*   1. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta, jak i wszelkim instytucjom działającym na zlecenie instytucji nadzorujących wdrażanie i wydatkowanie środków UE; dane osobowe mogą zostać również powierzone podmiotom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020 na zlecenie Instytucji Pośredniczącej, beneficjenta jak i wszelkim instytucjom działającym na zlecenie instytucji nadzorujących wdrażanie i wydatkowanie środków UE. 2. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej; nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. 3. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. 4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji. 5. Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, ma możliwość: 6. dostępu do danych osobowych jej dotyczących, 7. żądania ich sprostowania, 8. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, 9. wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania, 10. cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawe przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. 11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej: 12. abi@wzp.pl, 13. iod@miir.gov.pl. 14. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych. Organem właściwym dla ww. skargi jest Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa  |  |  | | --- | --- | |  | ….…………..…………………………………..  (data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego) | |  |  |   **ZGODA NA UTRWALENIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**  Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów sprawozdawczych i promocyjnych   |  | | --- | | ….…………..…………………………………..  (data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego) | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ B (wypełnia Powiatowy Doradca ds. RADiM)\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Data przystąpienia do projektu: | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | Data zakończenia uczestnictwa w projekcie: | | | | | | | | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem**  **z dostępu do mieszkań\*\*** | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami\*\*** | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| Osoba niesamodzielna\*\* | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do korzystania z takich świadczeń\*\* | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| Osoba przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych\*\* | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| **Osoba przynależąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\*\*** | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością\*\* | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów jest zagrożony ograniczeniem praw rodzicielskich\*\* | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**  **(w innej niż wymienione powyżej)\*\*** | | | |  | | | Tak | | | | | |  | | | | Nie | | | |
| Wykluczenie społeczne\*: | zagrożenie wykluczeniem\* | | | | wykluczenie\* | | | | | | | | | | | | | | | |
| *\* Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*  *\*\* Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krótka diagnoza sytuacji życiowej uczestnika w momencie rozpoczęcia projektu  (m.in. przyczyny uczestnictwa w projekcie, specjalne potrzeby uczestnika projektu wynikające z jego niepełnosprawności lub stanu zdrowia.) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj przyznanego wsparcia: | | | | Doradztwo\*\*: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym / usługa wsparcia rodziny[[1]](#footnote-1) | | | Doradztwo psychologiczne | | | | | | Doradztwo / pomoc prawna | | | | | | | | | | | |
| Inne: ……………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*\* Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.*

*\*\* Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

……….………………………………………………………

(data i czytelny podpis osoby wypełniającej CZĘŚĆ B)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ C (wypełnia Powiatowy Doradca ds. RADiM)\*** | | | | | | | | | |
| **KARTA UCZESTNIKA PROJEKTU** ***Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży***  Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K029/20  Oś Priorytetowa VII: *Włączenie społeczne*  Działanie 7.6: *Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym*  Cel szczegółowy: *Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym* | | | | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | Nazwisko |  | | PESEL | |  |
| **DANE DOTYCZACE UDZIELONEGO WSPARCIA** | | | | | | | | | |
| Lp. | | Data | Rodzaj udzielonego wsparcia | | | Liczba godzin | | Podpis osoby wypełniającej | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sytuacja osoby w momencie  zakończenia udziału w projekcie: | **Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** | |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | Tak | Nie |

……….………………………………………………………

(data i czytelny podpis osoby wypełniającej CZĘŚĆ C)

1. Zaznaczana obligatoryjnie przy każdym uczestniku, ponieważ oznacza jego udział w projekcie (jest jednoznaczna z udziałem w projekcie) [↑](#footnote-ref-1)