| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU**„Regionalna Akademia Dzieci i Młodzieży*”*Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K029/20Oś 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-K029/20Oś 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 momenciezakończenia 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)