***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU**

**w testowaniu modelu wsparcia „ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych”**

1. **Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Ja niżej podpisany(a) ……………………………….…………………………………………………………….……..…...

deklaruję swój udział w testowaniu modelu wsparcia ***„ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych”, nr grantu WER19SZA0069,*** *realizowanego w formie grantu przez* Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa w ramach projektu „SZANSA – nowe możliwości dla dorosłych” współfinansowanego ze środków EFS w ramach POWER na lata 2014-2020.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem udziału w testowaniu modelu wsparcia dostępnym na stronie internetowej www.federacjafosa.pl oraz w biurze FOSy i akceptuję jego postanowienia.
2. Zostałem poinformowany, że testowanie modelu wsparciajest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a jego realizacja odbywa się w ramach Programu Operacyjnego Edukacja Wiedza Rozwój na lata 2014-2020.
3. Zobowiązuję się do wypełnienia formularza dotyczącego danych osobowych, ankiet, testów oraz podpisywania list obecności, kart doradczych i umów dostarczanych przez realizatora w trakcie mojego udziału w testowaniu modelu wsparcia. Mam świadomość, że dokumenty te posłużą realizatorowi w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji realizowanego grantu.
4. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do wzięcia udziału w testowaniu modelu zgodnie z §3 Regulaminu rekrutacji i warunki uczestnictwa w testowaniu modelu.
5. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
6. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z testowaniem modelu wsparcia drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
7. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach testowania modelu wsparcia, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych grantów.
8. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów promowania i upowszechniania testowania modelu wsparcia na stronach internetowych, materiałach filmowych, publikacjach.
9. W związku z przystąpieniem do testowania modelu wsparcia pt. **„ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych”,** realizowanego przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa, wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez FOSa dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją testowania modelu wsparcia.
10. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej FOSa oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.
11. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Federacji Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.

……………………………………………… ………………………………………..

**Miejscowość i data** **Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki** *√*

1. **DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA OTRZYMUJĄCEJ/-GO WSPARCIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I** | | | | | | | | |
| **I** | **Dane**  **osobowe** | **1** | **Imię** |  | | | | |
| **2** | **Nazwisko** |  | | | | |
| **3** | **PESEL** |  | | | | |
| **4** | **Wykształcenie** | 🞐 niższe niż podstawowe (ISCED 0)  🞐 podstawowe (ISCED 1)  🞐 gimnazjalne(ISCED 2) | | | 🞐 ponadgimnazjalne (ISCED 3)  🞐 policealne (ISCED 4)  🞐 wyższe (ISCED 5-8) | |
| **II** | **Adres zamieszkania** | **1** | **Ulica** |  | | | | |
| **2** | **Nr domu** |  | | | | |
| **3** | **Nr lokalu** |  | | | | |
| **4** | **Miejscowość** |  | | | | |
| **5** | **Kod pocztowy** |  | | | | |
| **III** | **Dane kontaktowe uczestniczki/uczestnika**  **do projektu** | **1** | **Telefon kontaktowy** |  | | | | |
| **2** | **Adres e-mail** |  | | | | |
| **3** | **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)* |  | | | | |
| **IV** | **Dane szczegółowe** | **1** | 🞐 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  🞐 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  🞐 Osoba z niepełnosprawnościami  🞐 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | | |
| **V** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | **1** | 🞐 bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | 🞐 długotrwale bezrobotna  🞐 inne | | | |
| 🞐 bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | 🞐 długotrwale bezrobotna  🞐 inne | | | |
| 🞐 bierna zawodowo | | 🞐 nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  🞐 ucząca się  🞐 inne | | | |
| 🞐 pracująca | | 🞐 prowadząca działalność na własny rachunek  🞐 w administracji rządowej  🞐 w administracji samorządowej  🞐 w organizacji pozarządowej  🞐 w dużym przedsiębiorstwie  🞐 w MMŚP  🞐 inne | | | |
| Wykonywany zawód |  | | |
| zatrudniony w |  | | |
| **VI Status – uczestnika projektu potwierdzający kwalifikowalność do udziału w projekcie:** | | | | | | | | |
| **A** | **Należę do kategorii osób korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:** 1) ubóstwo; 2) sieroctwa; 3) bezdomność; 4) bezrobocie; 5) niepełnosprawność; 6) długotrwała lub ciężka choroba; 7) przemoc w rodzinie; 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradność 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, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizm lub narkomania; 14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa; 15) klęska żywiołowa lub ekologiczna.  ***Do formularza należy dołączyć: zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument poświadczający spełnianie przesłanki wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | 🞏 |
| **B** | **jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,** tj.: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 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).  ***Do formularza należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji oraz oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | 🞏 |
| **C** | **Jestem osobą bezrobotną, w tym osobą długotrwale bezrobotną**  Zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2020, poz. 1409), osoba długotrwale bezrobotna jest osobą pozostająca w rejestrze Powiatowego/Miejskiego Urzędu Pracy przez okres co najmniej kolejnych 6 miesięcy w przypadku osób do 25 r.ż. oraz 12 miesięcy w przypadku osób powyżej 25 r.ż. w ciągu ostatnich dwóch lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.  ***Do formularza należy załączyć zaświadczenie z urzędu pracy oraz oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | 🞏 |
| **D** | **Jestem osobą z niepełnosprawnościami:**  w tym osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2020, poz. 875), osoba niepełnosprawna to osoba z trwałą lub okresową niezdolnością do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy, posiadająca aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.  ***Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | 🞏 |
| **E** | **Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą zależną, o ile co najmniej jeden z członków tego gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną**  Przez osobę zależna rozumie się osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z uczestnikiem modelu wsparcia lub pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, w szczególności: schorowane osoby starsze, osoby niepełnosprawne, małoletnie dzieci  ***Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający sytuację uczestnika oraz oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | 🞏 |
| **F** | **Jestem osobą dotkniętą przemocą**  *Do formularza należy załączyć zaświadczenie potwierdzające sytuacje uczestnika lub oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).* | | | | | | | 🞏 |
| **G** | **Jestem osobą po długim okresie wychowywania dzieci**  *Do formularza należy załączyć zaświadczenie potwierdzające sytuacje uczestnika lub oświadczenie w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).* | | | | | | | 🞏 |
| **H** | **Jestem osobą, która ukończyła 50 r.ż.**  *Weryfikowane po nr PESEL oraz oświadczeniu w formularzu rekrutacyjnym (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).* | | | | | | | 🞏 |

……………………………………… ……………………………………………………..

**Miejscowość i data Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki** *√*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA MODELU WSPARCIA**

**„ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych”**

W związku z przystąpieniem do modelu pn. „ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw funduszy i polityki regionalnej pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
3. 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
4. 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. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
6. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach: „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”, „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych”.
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji modelu **„ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych”** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
9. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – **Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa**, Beneficjentowi realizującemu projekt – **Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Aleje Jerozolimskie 142A, 02-305 Warszawa**, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa, ul. Linki 3/4, 10-535 Olsztyn**. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzez Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.
10. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach modelu.
12. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w modelu przekażę Grantobiorcy dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
13. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w modelu udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
14. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
15. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
16. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
17. Mogę skontaktować się u Grantobiorcy z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej qmmdoradztwo@wp.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej lub iod@frse.org.pl lub iod@mfipr.gov.pl.
18. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.
19. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
20. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr modelu, data rozpoczęcia udziału w modelu, data zakończenia udziału w modelu, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS”. Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej[[1]](#footnote-1).

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ………………………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | **Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki** *√* |
|  |  |

1. Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2. [↑](#footnote-ref-1)