***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU**

**W PROJEKCIE „Wsparcie dla rodzin z osobą zależną”**

1. **Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

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

deklaruję swój udział w Projekcie „Wsparcie dla rodzin z osobą zależną” RPWM.11.02.04-28-0003/21***,*** którego realizatorem jest Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu dostępnym na stronie internetowej www.federacjafosa.pl oraz w biurze projektu i akceptuję jego postanowienia.
2. Zostałem poinformowany, że Projektjest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a jego realizacja odbywa się w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 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 Projektu. Mam świadomość, że dokumenty te posłużą realizatorowi w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji realizowanego Projektu.
4. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do wzięcia udziału w Projekcie zgodnie z §3 Regulaminu rekrutacji i warunki uczestnictwa w Projekcie.
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 realizacją Projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
7. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach Projektu, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych projektów.
8. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania Projektu na stronach internetowych, materiałach filmowych, publikacjach.
9. W związku z przystąpieniem do Projektu pt. „Wsparcie dla rodzin z osobą zależną” realizowanego przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSA, wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSA i ww. partnerów dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu „Wsparcie dla rodzin z osobą zależną”.
10. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu 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 projektu**\* *√*.

1. **DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO 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:** | | | | | | | | |
| **1** | **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:** | | | | | | | |
| **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*** * ***oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) wraz z dokumentem poświadczającym spełnianie przesłanki wymienionej w art.7 ustawy o pomocy społecznej.*** | | | | | | | 🞏 |
| **b** | **jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym** (tj.: 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.*** | | | | | | | 🞏 |
| **c** | **jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych,** o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej  ***Do formularza należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu lub oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna prawnego w przypadku osób niepełnoletnich np. rodzica zastępczego (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | 🞏 |
| **d** | **jestem osobą z niepełnosprawnością**  ***Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.***   * *orzeczenie o stopniu niepełnoprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,* * *orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,* * *orzeczenie o niezdolności do pracy,* * *orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,* * *orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na* * *niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,* * *inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),* * *w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.* | | | | | | | 🞏 |
| **e** | **jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków tego gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością**  Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą), lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację. | | | | | | | 🞏 |
| **f** | **jestem osobą niesamodzielną /potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | | | | | | | 🞏 |
| **g** | **jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub | | | | | | | 🞏 |
| **h** | **odbywam kare pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) | | | | | | | 🞏 |
| **i** | **korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa**  Do formularza należy dołączyć oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu. | | | | | | | 🞏 |

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

**Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu**\**√*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

1. **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU1   
   „Wsparcie dla rodzin z osobą zależną” dotyczące przetwarzania danych osobowych**

W związku z moim udziałem w realizacji Projektu pn. „Wsparcie dla rodzin z osobą zależną” RPWM.11.02.04-28-0003/21 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@miir.gov.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktów prawnych:
5. 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,
6. 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,
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
8. 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.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Wspieramy rodziny”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Federacji Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko – Mazurskiego FOSa, ul. Linki 3/4,10-535 Olsztyn** oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.
11. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
12. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta .
13. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
14. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
15. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu całkowitego rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
16. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi  
     w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
17. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
18. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
19. ~~Po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w~~ *~~Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020~~* ~~(tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)~~2.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS* |

**1** W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

2 Dotyczy oświadczeń uczestników Projektów dla właściwych typów operacji.

**Jeśli chcesz otrzymywać od nas informacje o działaniach Federacji i o możliwości jej  finansowego wsparcia, zaznacz poniższe pola:**

◻ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imię, nazwisko, e-mail przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa (ul. Linki 3/4, 10-535 Olsztyn) w celu otrzymywania informacji o działalności Federacji, w tym informacji o organizowanych przez Federację wydarzeniach.

◻ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imię, nazwisko, e-mail przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa (ul. Linki 3/4, 10-535 Olsztyn) w celu otrzymywania informacji o możliwości wsparcia finansowego działalności Federacji.

◻ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imię i nazwisko oraz adres e-mail przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa (ul. Linki 3/4, 10-535 Olsztyn) w celu otrzymywania elektronicznego Newslettera informującego o działalności Federacji.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS* |