Załącznik nr 2. Formularz zgłoszeniowy do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna dłoń”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia Biuro projektu | Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu) |  | Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE pn. „Pomocna dłoń”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ -**  **DANE UCZESTNIKA**  (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI) | IMIĘ |  | | | |
| NAZWISKO |  | | | |
| PESEL |  | | DATA URODZENIA |  |
| TELEFON |  | | E-MAIL |  |
| POWIAT |  | | GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | | KOD POCZTOWY |  |
| ULICA/NR BUDYNKU/LOKALU | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Płeć:**  *Należy zaznaczyć x przy właściwym polu:* | |
| **Kobieta** |  |
| **Mężczyzna** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykształcenie:**  *Należy zaznaczyć x przy właściwym polu:* | |
| **niższe niż podstawowe** |  |
| **podstawowe** |  |
| **gimnazjalne** |  |
| **ponadgimnazjalne** |  |
| **policealne** |  |
| **wyższe** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**  *Należy zaznaczyć x przy właściwym polu/ właściwych polach:* | |
| **osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** |  |
| **osoba długotrwale bezrobotna** |  |
| **osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** |  |
| **osoba długotrwale bezrobotna** |  |
| **osoba bierna zawodowo, w tym:** |  |
| **osoba ucząca się** |  |
| **osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** |  |
| **osoba pracująca, w tym:** |  |
| **osoba pracująca w administracji rządowej** |  |
| **osoba pracująca w administracji samorządowej** |  |
| **osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie** |  |
| **osoba pracująca w Organizacji pozarządowej** |  |
| **osoba prowadząca działalność na własny rachunek** |  |
| **osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywany zawód:**  *Dotyczy osób pracujących.*  *Należy zaznaczyć x przy właściwym polu:* | |
| **nauczyciel kształcenia zawodowego** |  |
| **nauczyciel kształcenia ogólnego** |  |
| **nauczyciel wychowania przedszkolnego** |  |
| **pracownik instytucji szkolnictwa wyższego** |  |
| **pracownik instytucji rynku pracy** |  |
| **pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia** |  |
| **rolnik** |  |
| **kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej** |  |
| **pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej** |  |
| **pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej** |  |
| **pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej** |  |
| **instruktor praktycznej nauki zawodu** |  |
| **Inny zawód** |  |

|  |
| --- |
| **Miejsce zatrudnienia:**  *Dotyczy osób zatrudnionych.*  *W tym polu należy podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa w którym jest się zatrudnionym* |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Status uczestnika projektu:**  *Należy zaznaczyć x przy właściwych polach w każdym wierszu:* | | | |
|  | **TAK** | **NIE** | **Odmowa odpowiedzi** |
| **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)** |  |  |  |

**II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria włączenia)**

Proszę zaznaczyć **X** jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

* Mieszkam na terenie subregionu tarnowskiego
* Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. zakupy, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).
* Jestem opiekunem nieformalnym osoby niesamodzielnej

**III CZĘŚĆ – KRYTERIA DODATKOWE (kryteria preferowane)**

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani poniższe kryteria - na etapie rekrutacji – zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie stosownych dokumentów.

* Osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium).
* Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
* Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
* Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, (współwystępowanie różnych przesłanek) Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
* Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
* Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)

**CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU**

Proszę odpowiedzieć na pytanie:

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej?

* TAK
* NIE

**CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA**

W związku z przystąpieniem do projektu **pn. „Pomocna dłoń” nr RPMP.09.02.03-12-0463/17**   
oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
   1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
   2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
   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;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Pomocna dłoń”**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków** (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt – **Mościckiemu Centrum Medycznemu Sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów** (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Tarnowskiej Agencji Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Szujskiego 66, 33-100 Tarnów** (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego[[1]](#footnote-1), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później[[2]](#footnote-2);
7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków;
14. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji[[3]](#footnote-3);
15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy[[4]](#footnote-4);
16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)[[5]](#footnote-5).

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

1. Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.) [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy [↑](#footnote-ref-5)