*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji*



*projektu „Rodzina razem II”*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**projektu „Rodzina razem II”**

nr RPWM.11.02.03-28-0009/22 realizowanego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Rodzina razem II”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Dane kandydat/-tki** | | | | |
| 1. | Nazwisko |  | | | | |
| 2. | Imię (imiona) |  | | | | |
| 3. | Płeć  (zaznaczyć x) | Kobieta | | | Mężczyzna | |
| 4. | PESEL |  | | | | |
| 5. | Data urodzenia |  | | | | |
| 6. | Wiek |  | | | | |
| 7. | Adres zamieszkania: | Województwo Warmińsko-mazurskie | | | | |
| Miejscowość |  | | | | |
| Gmina |  | | | | |
| Powiat |  | | | | |
| Ulica |  | Nr domu/nr lokalu | | |  |
| Kod pocztowy |  | | | | |
| 8. | Adres e-mail |  | | | | |
| Numer telefonu |  | | | | |
| 9. | Wykształcenie | Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 | | | |  |
| Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) ISCED 1 | | | |  |
| Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) ISCED 2 | | | |  |
| Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) ISCED 3 | | | |  |
| Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) ISCED 4 | | | |  |
| Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora) ISCED 5-8 | | | |  |
| 10. | Status kandydata/-tki | Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy  **(NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z Urzędu Pracy)** | | | |  |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy **(NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z ZUS-u)** | | | |  |
| Osoba długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad **6 miesięcy** (w przypadku osób **poniżej 25 roku życia**), lub bezrobotna nieprzerwanie przez okres **ponad 12 miesięcy** (w przypadku osób **powyżej 25 roku życia**). | | | |  |
| Osoba bierna zawodowo, w tym: | | | |  |
| osoba ucząca się | | | |  |
| Osoba zatrudniona, w tym | | | |  |
| 1. Rolnik | | | |  |
| 1. Samozatrudniona | | | |  |
| Zatrudniona/y w:  ………………………………………………………………… | | | | |
| Wykonywany zawód:  ………………………………………………………………… | | | | |
| Osoba zagrożona ryzykiem ubóstwa lub wykluczenia społecznego (zgodnie z Rozdział I, pkt.9 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie) | | | |  |
| Osoba doświadczająca **wielokrotnego wykluczenia społecznego** (zgodnie z Rozdział I, pkt.9 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie)  **(NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej)** | | | |  |
| Osoba **korzystająca** ze świadczeń pomocy społecznej  **(NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej)** | | | |  |
| Osoba **nie korzystająca** ze świadczeń pomocy społecznej, **ale kwalifikująca się** do objęcia wsparciem pomocy społecznej z powodu przesłanek  **(zakreślić właściwe):**  1) ubóstwa;  2) sieroctwa;  3) bezdomności;  4) bezrobocia;  5) niepełnosprawności;  6) długotrwałej lub ciężkiej choroby;  7) przemocy w rodzinie;  8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;  9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;  10) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;  11) alkoholizmu lub narkomanii;  12) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;  13) klęski żywiołowej lub ekologicznej. | | | |  |
| Osoba korzystająca z PO PŻ  Proszę wskazać formę pomocy otrzymywaną w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020, uwzględniając **działania towarzyszące** (np. warsztaty kulinarne, dietetyczne):  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |  |
| Osoba z niepełnosprawnością (dane wrażliwe)  (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie o stanie zdrowia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia) | | | |  |
| Stopień | | Lekki | |  |
| Umiarkowany | |  |
| Znaczny | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, z zaburzeniami psychicznymi | | | |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | |  |

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/-TKI:

* zapoznałem(-am)\* się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Rodzinna strefa aktywności”, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu i spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie;
* zostałem(-am)\* poinformowany(-a), że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie i procesie rekrutacji;
* zostałem(-am)\* poinformowany(-a)\*, jakie formy pomocy obejmuje ścieżka uczestnictwa w projekcie;
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z rekrutacją zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U.2019.1781 ze zm.) oraz Rozporządzeniem 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).
* zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie;
* zostałem poinformowany(-a)\* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej);
* wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku z realizacją Projektu;
* zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych (w trakcie i po zakończeniu projektu), testów psychologicznych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu;
* zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, na które zostanę zakwalifikowany i potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie;
* zostałem(-am)\* poinformowany(-a), że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a żadnych roszczeń wobec Beneficjenta projektu. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI  NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU\* |

\*W przypadku uczestnika niepełnoletniego w jego imieniu formularz zgłoszeniowy wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny