*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 PŻProszę 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