



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla kandydatów do udziału w projekcie

CZĘŚĆ - A - DANE WSPÓLNE

Lp.	Nazwa:	Dane:
1	Nazwa Beneficjanta	Powiat Gliwicki
2	Tytuł projektu	„WSPARCIE NA STARCIE”
3	Nr projektu	WND-RPSL.09.01.06-24-0689/17-002
4	Priorytet	IX
5	Działanie	9.1
6	Poddziałanie	9.1.6

CZĘŚĆ - B - DANE OSOBOWE

Lp.	Zakres danych:	Dane:
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Nr PESEL lub brak	
4	Ukończony Wiek	
5	Obywatelstwo	
6	ADRES ZAMIESZKANIA - w rozumieniu Kodeksu cywilnego*	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Gmina/Miejscowość	
	Powiat	
	Kod pocztowy	
	Obszar (miejski lub wiejski)	

*Zgodnie z art. 25 k.c. „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”

Art. 26 § 1. „Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców, albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzony wykonywanie władzy rodzicielskiej. § 2 Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.”

Art. 27 „Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.”

Art. 28 „Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.”



7	Telefon kontaktowy	stacjonarny: (32)		komórkowy: +48	
8	Adres e-mail				
9	Oświadczam, że jestem powiązana/y z obszarem Powiatu Gliwickiego (proszę określić w jaki sposób jest Pan/Pani powiązany z danym obszarem)				
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
KWALIFIKACJA DO JEDNEJ Z GRUP DOCELOWYCH					
Lp.	Oświadczam, że kwalifikuję się do grupy:	Dane:			
10	osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
11	osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu WIECEJ NIŻ JEDNEJ z przestanek, tj.:				
11.1	osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przestanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
11.2	osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
11.3	osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
11.4	osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		



11.5	osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.6	osoby z niepełnosprawnościami – osoby z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.7	członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.8	osoby niesamodzielne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.9	osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.10	Osoby odbywające kary pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.11	Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
12	Osoby lub rodzin korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa, pod warunkiem, że zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

STATUS NA RYNKU PRACY			
13	Bezrobotny zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy: <u>Jeśli TAK:</u>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Proszę podać okres rejestracji z co najmniej 24 ostatnich miesięcy		
13.1	W tym długotrwale bezrobotny/a (w okresie ostatnich 24 miesięcy pozostawał/a w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez minimum 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14	Nieaktywny zawodowo (nie pozostaje w rejestrze powiatowego urzędu pracy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.1	W tym uczący/a się lub kształtujący/a	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
15	Jestem zatrudniony/a	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
15.1	Gdzie?		



DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE			
16.	Czy posiada Pan/Pani doświadczenie zawodowe. Jeśli tak proszę opisać jakie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
16.1	Opis doświadczenia zawodowego:		
WYKSZTAŁCENIE			
Lp.	Nazwa:	Dane:	
17	Brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
18	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
19	Gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
20	Ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
21	Pomaturalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
22	Wykształcenie Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Z jakich form wsparcia chciałby Pan/chciałaby Pani skorzystać w ramach projektu?			
.....			

1. Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „WSPARCIE NA STARCIE” o nr identyfikacyjnym: WND-RPSL.09.01.06-24-0689/17-002.

2. Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z treścią art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. 2017. 2204. z późn. zm.). Ponadto zostałem pouczone, iż mam prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwość ich poprawienia, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność.



3. Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż:
- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
 - 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
 - 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji.
 - 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (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 – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 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 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
 - 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 17, 44-100 Gliwice.
 - 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.



- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) 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, potwierdzone stosownym dokumentem.
- 2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem.
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....
Data wypełnienia

.....
Podpis kandydata lub opiekuna
prawnego/faktycznego*

W załączeniu przedkładam:

1.
2.

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej/ubezważnionolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego/faktycznego