

### Formularz zgłoszeniowy do projektu „Aktywuj siebie”

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanym przez Fundację Rozwoju Ziemi Oleckiej (FRZO) w partnerstwie z Gminą Olecko/ Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Olecku w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej: RPWM.11.00.00 Włączenie społeczne, Działania: RPWM.11.01.00 "Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie", Poddziałania: RPWM.11.01.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym - projekty konkursowe.

#### I. DANE KANDYDATA

<b>Nazwisko</b>	
<b>Imię (imiona)</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Płeć*</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

#### II. DANE KONTAKTOWE:

<b>Województwo</b>	<b>Powiat</b>	<b>Gmina</b>
<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>	
<b>Nr budynku</b>	<b>Nr lokalu</b>	<b>Kod pocztowy</b>
<b>Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)</b>	<b>Telefon kontaktowy</b>	<b>Adres e-mail</b>
<i>Kategoria 03</i>		

#### III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA

1. Oświadczam, że należę do poniższych kategorii grup osób:

(proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi)

Lp.	Kategoria	w przypadku spełnienia kryterium proszę wpisać „X”
1.	osoba niezatrudniona objęta systemem opieki społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
2.	osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ

3.	osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
4.	osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
5.	osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym: osoba z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowym i posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, nieaktywna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
6.	osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
7.	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
8.	osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
9.	osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
10.	osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
11.	osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
12.	osoba zwolniona z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
13.	uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
14.	osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
15.	członek gospodarstwa domowego sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
16.	osoba niesamodzielna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	
17.	osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ	

18.	osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
19.	Osoba z wykształceniem	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
20.	Osoba bez doświadczenia zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ

#### IV. DODATKOWE INFORMACJE

**Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia, związane z uczestnictwem w projekcie?** (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb niepełnosprawności ruchowej, alternatywne formy materiałów, specjalne wyżywienie, zapewnienia tłumacza migowego, inne)

TAK  NIE

**Jeśli tak, proszę wskazać jakie**

.....  
 .....

#### 2. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „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.
2. 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 ciążyących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążyące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
  - a. 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,
  - b. 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,
  - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  - d. 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Aktywuj siebie”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
  4. 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.
  5. 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.
  6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
- 7. Oświadczam, że:**
1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Aktywuj siebie” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej: RPWM.11.00.00 Włączenie społeczne, Działania: RPWM.11.01.00 "Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie", Poddziałania: RPWM.11.01.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym - projekty konkursowe.
  2. Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
  3. Zostałam/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
  4. Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania FRZO kopii umowy o pracę/ zlecenie lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
  5. Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania FRZO zaświadczenia o podjęciu nauki, kopii uzyskanych certyfikatów oraz zaświadczenia o rejestracji w PUP zarówno w przypadku przerwania udziału w projekcie jak i do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.
  6. Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie i monitorowania do 3 miesięcy od daty ukończenia udziału w projekcie.
  7. Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku rejestracji w urzędzie pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie w przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia.

*Pouczona(-y) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym dokumencie zgodne są ze stanem faktycznym.  
Ich prawdziwość potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)



OCENA FORMALNA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO (WYPEŁNIA KIEROWNIK PROJEKTU)	
Osoba w wieku: - kobieta - 18-58 lat - mężczyzna - 18-63 lat	<input type="checkbox"/> 0 (nie spełnia) <input type="checkbox"/> 1 (spełnia)
Zamieszkiwanie (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego), na obszarze gminy Olecko	<input type="checkbox"/> 0 (nie spełnia) <input type="checkbox"/> 1 (spełnia)
Osoba niezatrudniona objęta systemem opieki społecznej	<input type="checkbox"/> 0 (nie spełnia) <input type="checkbox"/> 1 (spełnia)

Miejscowość ....., dnia .....

.....  
Czytelny podpis kierownika projektu