



Złącznik nr 1 – do Regulaminu naboru i rekrutacji uczestników w projekcie pn. „Świadomi”.

Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
--	--	--	--

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
pn. „Świadomi”**

I CZĘŚĆ: (DANE UCZESTNIKA - PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Dane podstawowe													
1.	Imię												
2.	Nazwisko												
4.	PESEL:											Inny identyfikator:	
5.	Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna										Wiek:	
Dane teleadresowe / zamieszkania													
1.	Województwo												
2.	Powiat							3.	Gmina				
4.	Miejscowość							5.	Kod pocztowy				
6.	Ulica							7.	Nr domu/mieszkania				
8.	Tel. kontaktowy												
9.	Adres e-mail												

**II CZĘŚĆ – KRYTERIA OBLIGATORYJNE:**

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

I GRUPA DOCELOWA – DZIECI I MŁODZIEŻ

Kryteria obligatoryjne	TAK	NIE	Dokument potwierdzający
Wiek 6–18 lat na dzień rozpoczęcia udziału w projekcie			odpis aktu urodzenia / legitymacja szkolna / inny dokument
Zamieszkanie / nauka na obszarze LGD „PB” zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego			zaświadczenie ze szkoły, legitymacja szkolna, rachunki, PIT, zaświadczenie
Status dziecka/młodzieży zagrożonej umieszczeniem w pieczy zastępczej			zaświadczenie OPS/PCPR, opinia kuratora, orzeczenie sądu

II GRUPA DOCELOWA – RODZICE / OPIEKUNOWIE

Kryteria obligatoryjne	TAK	NIE	Dokument potwierdzający
Ukończony 18 rok życia na dzień przystąpienia udziału w projekcie			odpis aktu urodzenia / dowód osobisty lub inny dokument
Zamieszkanie / praca na obszarze LGD „PB” zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego			PIT, rachunki, zaświadczenie, dowód osobisty
Status rodzica/opiekuna dziecka objętego wsparciem w projekcie			zaświadczenie OPS/PCPR, opinia kuratora, orzeczenie sądu

III CZĘŚĆ – KRYTERIA PREMIOWANE W PRZYPADKU OBU GRUP:

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiowane (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferencyjnych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferencyjnych nadal możliwy jest udział w projekcie).

Spełnienie kryterium będzie potwierdzane stosownym dokumentem, w szczególności orzeczeniem, zaświadczeniem lub innym dokumentem wystawionym przez uprawniony podmiot, rekomendowanym przez IZ, lub oświadczeniem uczestnika projektu.

Czy na dzień przystąpienia do rekrutacji:

Kryterium premiowane	Tak	Nie
Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności		
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną		
Osoba z chorobami psychicznymi		
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną		
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi zgodnie z ICD-10		
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FEPŻ)		



CZĘŚĆ IV - SZCZEGÓLNE POTRZEBY UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI

W celu zapewnienia dostępności udziału w projekcie prosimy o wskazanie szczególnych potrzeb związanych z uczestnictwem w projekcie.

Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby związane z udziałem w projekcie?

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli TAK, prosimy wskazać jakie:

.....

.....

.....

CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. „Świadomi” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki określone w: *Regulaminie naboru i rekrutacji uczestników w projekcie pn. „Świadomi”*;
3. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Funduszy Europejskich dla Podlaskiego;
4. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/ uczestniczki projektu

Obowiązek informacyjny

1. Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:
Stowarzyszenie Samorządów Euroregionu Puszcza Białowieska z siedzibą przy ul. Parkowej 3, 17-200 Hajnówka,
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 10A, 17-200 Hajnówka,
którzy wspólnie realizują projekt pn. „Świadomi”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027.
2. Współadministratorzy umożliwiają kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@neasysem.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora z dopiskiem „IOD”.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu pn. „Świadomi”,
 - weryfikacji spełnienia kryteriów uczestnictwa,
 - realizacji wsparcia w ramach projektu,
 - monitorowania, kontroli, ewaluacji i rozliczenia projektu,
 - archiwizacji dokumentacji projektowej.



4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
 - art. 6 ust. 1 lit. b RODO – podjęcie działań przed przystąpieniem do udziału w projekcie,
 - art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze,
 - art. 6 ust. 1 lit. e RODO – wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym,
 - art. 9 ust. 2 lit. g RODO – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych z uwagi na ważny interes publiczny, na podstawie przepisów prawa związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5. Przetwarzane mogą być dane identyfikacyjne, kontaktowe, dane dotyczące sytuacji społecznej, zawodowej, edukacyjnej oraz – w zakresie niezbędnym do realizacji projektu – dane szczególnej kategorii, w tym dotyczące zdrowia i niepełnosprawności.
6. Odbiorcami danych osobowych mogą być:
 - podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa,
 - Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027,
 - instytucje kontrolujące i audytujące realizację projektu,
 - podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora związane z realizacją projektu, na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji projektu oraz przez okres wymagany przepisami prawa i wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, w szczególności zgodnie z zasadami archiwizacji dokumentacji projektowej.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do swoich danych osobowych,
 - sprostowania danych,
 - ograniczenia przetwarzania danych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach przewidzianych przepisami prawa,
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w procesie rekrutacji oraz realizacji projektu. Niepodanie danych uniemożliwi udział w projekcie.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz przyjmuję ją do wiadomości.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/ uczestniczki projektu

**VI CZĘŚĆ - Wypełnia Realizator projektu:**

Nazwa organizacji/instytucji	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	

STATUS UCZESTNIKA		
Kryteria obligatoryjne:		
I GRUPA DOCELOWA – DZIECI I MŁODZIEŻ		
Wiek 6–18 lat na dzień rozpoczęcia udziału w projekcie	☐ Tak ☐ Nie	
Zamieszkanie / nauka na obszarze LGD „PB” zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego	☐ Tak ☐ Nie	
Status dziecka/młodzieży zagrożonej umieszczeniem w pieczy zastępczej	☐ Tak ☐ Nie	
II GRUPA DOCELOWA – RODZICE / OPIEKUNOWIE		
Ukończony 18 rok życia na dzień przystąpienia udziału w projekcie	☐ Tak ☐ Nie	
Zamieszkanie / praca na obszarze LGD „PB” zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego	☐ Tak ☐ Nie	
Status rodzica/opiekuna dziecka objętego wsparciem w projekcie	☐ Tak ☐ Nie	
STATUS UCZESTNIKA		PUNKTY:
Kryteria premiowane:		
Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	☐ Tak ☐ Nie	1/0
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	☐ Tak ☐ Nie	1/0
Osoba z chorobami psychicznymi	☐ Tak ☐ Nie	1/0
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	☐ Tak ☐ Nie	1/0
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi zgodnie z ICD-10	☐ Tak ☐ Nie	1/0
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FEPŻ)	☐ Tak ☐ Nie	1/0
SUMA:		
Uwagi:		

- ☐ Zakwalifikowano do udziału w projekcie
☐ Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie
☐ Wpisano na listę rezerwową

Uwagi:.....

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

.....

.....

Miejscowość i data: