



**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

|                         |                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Tytuł i numer projektu: | <b>Wyrównanie szans na lepsze jutro</b><br><b>RPPK.08.09.00-18-0003/21</b> |
| Oś priorytetowa         | VIII Aktywna integracja                                                    |
| Działanie:              | 8.9 Poprawa dostępu do usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej-ZIT.     |
| Nr wniosku              | ...../ŚŚ/2022                                                              |
| Data i godzina wpływu   |                                                                            |
| Podpis przyjmującego    |                                                                            |

**WNIOSEK RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH O PRZYJĘCIE DZIECKA  
do Świetlicy w ramach projektu „Wyrównanie szans na lepsze jutro”**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego syna/córki\* .....  
imię i nazwisko

zamieszkałej .....  
ulica i numer domu, kod pocztowy miejscowość

urodzonego/-nej dnia ..... w .....  
do Świetlicy w ramach projektu „Wyrównanie szans na lepsze jutro” w miejscowości  
Straszydle

| Dane kontaktowe Rodziców/Opiekunów Prawnych        |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|
| Imię i nazwisko                                    |  |  |
| Adres                                              |  |  |
| Nr telefonu                                        |  |  |
| Adres e-mail<br>(bądź wpis NIE<br>POSIADAM)        |  |  |
| Czytelne podpisy<br>rodziców/opiekunów<br>prawnych |  |  |

**Projekt „Wyrównanie szans na lepsze jutro”**

Lider: Gmina Lubenia/Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubeni  
Partner: Fundacja Imienia Braci Sotulskich – Cyryla i Metodego

---

Wymagane załączniki do wniosku:

- Formularz rekrutacyjny do świetlicy;
- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dla opiekuna/rodzica
- zaświadczenie z GOPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikowanie się do objęcia takim wsparciem;
- zaświadczenie z GOPS dotyczące korzystania/niekorzystania z PO PŻ
- oświadczenie o miejscu zamieszkiwania;
- oświadczenie o niekorzystaniu z rodzajowo tożsamego wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanego ze środków EFS;
- oświadczenie – o wieku dziecka i wielodzietności lub rodzina z problemem alkoholowym;
- oświadczenie rodzica lub opiekuna o dochodzie na rodzinę.

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

---

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....  
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej Beneficjenta projektu)

**Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO ŚWIETLICY**

(należy wypełnić drukowanymi literami, bądź właściwie zakreślić wstawiając „x” w odpowiednim miejscu)

| DANE OSOBOWE DZIECKA                                            |                                                                                                 |                              |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Nazwisko                                                        |                                                                                                 |                              |
| Imię                                                            |                                                                                                 |                              |
| Data i miejsce urodzenia                                        |                                                                                                 |                              |
| Płeć                                                            | K <input type="checkbox"/>                                                                      | M <input type="checkbox"/>   |
| Adres zamieszkania                                              | Miejscowość:<br>Kod pocztowy: _ _ - _ _ _<br>Ulica:<br>Nr domu:                      Nr lokalu: |                              |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu                         |                                                                                                 |                              |
| Uczęszczana placówka oświatowa                                  |                                                                                                 |                              |
| INFORMACJE DODATKOWE                                            |                                                                                                 |                              |
| Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | TAK <input type="checkbox"/>                                                                    | NIE <input type="checkbox"/> |
| Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności             | TAK <input type="checkbox"/>                                                                    | NIE <input type="checkbox"/> |
| Dochód w rodzinie na osobę poniżej 700,00 zł                    | TAK <input type="checkbox"/>                                                                    | NIE <input type="checkbox"/> |
| Dziecko z rodziny wielodzietnej lub z problemem alkoholowym     | TAK <input type="checkbox"/>                                                                    | NIE <input type="checkbox"/> |

### KRYTERIA KWALIFIKACYJNE DOTYCZĄCE GRUPY DOCELOWEJ

Pochodzenie z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. spełnianie przesłanek/i: (proszę zaznaczyć x w każdym właściwym miejscu)

- ☐ ubóstwo
- ☐ sieroctwo
- ☐ bezdomność
- ☐ bezrobocie
- ☐ niepełnosprawność
- ☐ długotrwała lub ciężka choroba
- ☐ przemoc w rodzinie
- ☐ potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi
- ☐ potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- ☐ bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych
- ☐ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach
- ☐ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego
- ☐ alkoholizm lub narkomania
- ☐ zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa
- ☐ klęska żywiołowa lub ekologiczna

### DODATKOWE POTRZEBY W ZWIĄZKU Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE

**Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)

.....  
(Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH  
O MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

Ja, niżej podpisana/y .....

(imię i nazwisko)

zamieszkała/y .....

(adres zamieszkania)

działając w imieniu małoletniego .....

(imię i nazwisko)

oświadczam, że ww. zamieszkuje na terenie Rzeszowskiego Obszaru  
Funkcjonalnego tj. gminy Lubenia pod adresem

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego



**Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:**

1. Dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Z własnej inicjatywy deklaruję swój udział w Projekcie „Wyrównywanie szans na lepsze jutro”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020: Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.9 Poprawa dostępu do usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej-ZIT.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności pozwalające na udział w ww. Projekcie.
4. Zapoznałem/-am się z Regulaminem i udziału w projekcie i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a, że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020: Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.9 Poprawa dostępu do usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej-ZIT.
6. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i po zakończeniu udziału w Projekcie.
7. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją Projektu.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z **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) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”** wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz RPO WP na lata 2014 -2020.
9. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie, używanie i rozpowszechnianie swojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby Projektu, co jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć lub/i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej Projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.
10. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, monitoringu i ewaluacji Projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta Projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie.
11. Oświadczam, że ponoszę odpowiedzialność prawną za umyślne podanie nieprawdziwych informacji w dokumentach składanych na potrzeby Projektu.

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

**Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie****ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH****dla opiekuna/rodzica**

dla potrzeb Gminy Lubenia/GOPS Lubenia realizującej projekt pn. **Wyrównanie szans na lepsze jutro** współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez **Gminy Lubenia/GOPS Lubenia, Lubenia 131, 36-042 Lubenia, Fundacji Imienia Braci Sołuńskich – Cyryla i Metodego, os. Braci Prosbów 2/8, 37-500 Jarosław**, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:

| Cel przetwarzania                                                                                                                                                                                                                                                                | TAK* | NIE* |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| czynności związane z zapisaniem dziecka do świetlicy środowiskowej i jego udział w zajęciach w świetlicy, w tym organizacja czasu wolnego przez prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych, wsparcie psychologiczne, socjoterapeutyczne i materialne podopiecznych oraz ich rodzin |      |      |
| kontakt telefoniczny, e-mail, pocztowy                                                                                                                                                                                                                                           |      |      |

\*wyrażenie zgody - zaznaczyć x przy wyborze TAK/NIE

**Wójt Gminy Lubenia/Kierownik GOPS w Lubeni** jako administrator danych osobowych, informują Pana/Panią, iż:

- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne we wskazanych powyżej celach;
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania;
- informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom danych jedynie w celach koniecznych do realizacji zadania i po uprzednim poinformowaniu Panią/Pana o tym fakcie;
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich (poza kraje Unii Europejskiej i EOG – Norwegia, Islandia, Lichtenstein);
- kontakt do Inspektora Ochrony Pani/Pana danych [iod@lubenia.pl](mailto:iod@lubenia.pl).
- podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).;
- dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych powyżej celów oraz wynikających z ich tytułu roszczeń;
- podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej i humanitarnej. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożnością udzielenia wsparcia;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
**Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego**

**Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)

.....  
(Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH  
o wsparciu finansowanym w ramach EFS**

Ja, niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y .....  
(adres zamieszkania)

działając w imieniu małoletniego .....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

oświadczam, że ww. korzystał/-a /nie korzystał/-a\* dotychczas z rodzajowo tożsamego wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
*Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego*

.....  
*Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego*

\* - właściwe podkreślić



**Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)

.....  
(Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH  
o wieku dziecka i wielodzietności lub rodzinie z problemem  
alkoholowym**

Ja, niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y .....  
(adres zamieszkania)

oświadczam, że ..... ma lat .....  
(imię i nazwisko dziecka)

i wychowuje/ nie wychowuje\* się w rodzinie wielodzietnej jako jedno z .....  
(wpisać liczbę dzieci w rodzinie)

i wychowuje/ nie wychowuje\*\* się w rodzinie z problemem alkoholowym.

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

\* - wielodzietność rodziny oznacza rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci

\*\* - właściwe podkreślić



**Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)

.....  
(Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**o dochodzie**

Ja, niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y .....  
(adres zamieszkania)

oświadczam, że dochód na osobę w rodzinie jest niższy/wyższy\* od kwoty 700 zł.

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

.....  
Data i czytelny podpis Rodzica/Opiekuna  
Prawnego

\* - właściwe podkreślić



**Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania  
z pomocy z PO PŻ**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....

..... PESEL..... korzysta/nie

**korzysta**<sup>1</sup> z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Pan/i skorzystał/a z następujących działań towarzyszących<sup>2</sup>:

- ☐ warsztaty kulinarne dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kucharzy, dietetyków, pokazujące różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych;
- ☐ warsztaty dietetyczne i dotyczące zdrowego żywienia;
- ☐ programy edukacyjne propagujące zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności;
- ☐ warsztaty edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego, prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych);
- ☐ inne, tj.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika GOPS w Lubeni)

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić

<sup>2</sup> Uzupełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ wybierając spośród podanych, w przypadku osób, które skorzystały z innych działań należy wpisać z jakich



---

**Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie**

.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie dotyczące korzystania z pomocy społecznej  
lub kwalifikacja do objęcia wsparciem pomocy społecznej**

Zaświadczam, że Kandydat/kandydatka do świetlicy ..... (imię i nazwisko  
dziecka) zamieszkały/a .....

PESEL..... korzysta z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia  
12 marca 2004 o pomocy społecznej lub kwalifikuje do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj.  
spełnia co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy  
społecznej.

.....  
(podpis i pieczęć Kierownika GOPS w Lubeni)