



Załącznik 1

Do regulaminu rekrutacji – **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu „Wspieramy rodziny w gminie łączna”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Wspieramy rodziny w gminie łączna”

realizowanego od 01.05.2019r. do 30.04.2022r.

Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU	
<b>Imię (imiona) i nazwisko uczestnika</b>	
<b>nr PESEL uczestnika</b>	
ADRES ZAMIESZKANIA – W RAMACH PROJEKTU UCZESTNIK MUSI BYĆ ZAMIESZKAŁY/-A NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW KODEKSU CYWILNEGO	
<b>Ulica Nr domu/lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Kod pocztowy, poczta</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>E-mail uczestnika</b>	
<b>Wykształcenie</b>	<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
Zaznacz odpowiedzi na poniższe pytania	
<b>Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub</b>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI



etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
<b>1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pacy</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
W tym osoba długotrwale bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
<b>2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pacy</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
W tym osoba długotrwale bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
<b>3. Osoba bierna zawodowo</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
<b>4. Osoba pracująca</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
<b>W tym</b> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	



<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własną rękę <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
<b>Wykonywany zawód</b> <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
<b>Zatrudniony/a w (miejsce zatrudnienia):</b> .....	

Podane dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**  
**(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**

**Załączniki:**

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie wraz z oświadczeniem o wyrażeniu zgody na wykorzystywanie wizerunku.
2. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
3. Oświadczenie RODO
4. Oświadczenie - Kryteria uczestnictwa w projekcie



Załącznik nr 1  
Do formularza zgłoszeniowego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....  
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

- deklaruje udział swój/swojego dziecka\*, do udziału w projekcie „**Wspieramy rodziny w gminie łączna**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020). Oś Priorytetowa IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych
- zostałem/am poinformowany/a/ dziecko zostało poinformowane\* o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu nie korzystam/ dziecko nie korzysta\* z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS
- spełniam/ dziecko spełnia\* kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji w projekcie i akceptuję jego warunki,
- zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

łączna .....  
Miejscowość i data

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**  
**(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku/ wizerunku mojego dziecka\* w celach informacyjnych i promocyjnych projektu pn. „**Wspieramy rodziny w gminie łączna**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020). Oś Priorytetowa IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych oraz na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego.

łączna .....  
Miejscowość i data

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**  
**(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**

\* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 2  
Do formularza zgłoszeniowego

Imię i nazwisko Uczestnika/ki projektu: .....

Imię i nazwisko Rodzica lub Opiekuna Prawnego podpisującego deklarację w imieniu uczestnika/ki w przypadku osoby niepełnoletniej .....

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Wspieramy rodziny w gminie Łączna**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich/dziecka\* danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich/dziecka\* danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje/dziecka\* dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
  - a) udzielenia wsparcia,
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
  - c) monitoringu,
  - d) ewaluacji,
  - e) kontroli,
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - g) sprawozdawczości,
  - h) rozliczenia projektu,
  - i) zachowania trwałości projektu,
  - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich/dziecka\* danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) Moje/dziecka\* dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - **Gmina Łączna/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łącznej – Łączna 115, 26-140 Łączna** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu „**Wspieramy rodziny w gminie Łączna**” Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 6) Moje/dziecka\* dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których



mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 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) Moje/dziecka\* dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Wspieramy rodziny w gminie Łączna” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
MIEJSCOWOSC I DATA

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu  
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**

\* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 3  
Do formularza zgłoszeniowego

## OŚWIADCZENIE RODO

1) Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych dziecka\* jest: Gmina Łączna/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łącznej – Łączna 115, 26-140 Łączna

2) Na podstawie obowiązujących przepisów, wyznaczaliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się:

- przez e-mail: [iod@abi-net.pl](mailto:iod@abi-net.pl)

3) Dane osobowe pozyskane w związku z zawarciem z Panią/Panem umowy będą przetwarzane w następujących celach:

- związanych z realizacją podpisanej z Panią/Panem umowy,
- związanych z dochodzeniem ewentualnych roszczeń, odszkodowań,
- udzielania odpowiedzi na Pani/Pana pisma, wnioski i skargi,
- udzielania odpowiedzi w toczących się postępowaniach.

4) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych/ danych dziecka\* jest:

- niezbędność do wykonania umowy lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
- konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

5) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i realizacji umowy.

6) Pozyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie oraz
- organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.

7) Pani/Pana/dziecka\* dane nie będą przekazane do państw trzecich.

8) Okres przetwarzania Pani/Pana/dziecka\* danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:

- czasu obowiązywania umowy,
- przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
- okres, który jest niezbędny do obrony naszych interesów.

9) Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich/ dziecka\* danych osobowych,
- żądania sprostowania swoich/dziecka danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,
- żądania usunięcia swoich/dziecka\* danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich/dziecka\* danych osobowych,



- *wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich/dziecka\* danych, ze względu na Pani/Pana/dziecka\* szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana/dziecka\* dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu czy też na potrzeby marketingu bezpośredniego,*
- *przenoszenia swoich/dziecka\* danych osobowych,*
- *wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

*10) W zakresie, w jakim Pani/Pana/dziecka\* dane są przetwarzane na podstawie zgody – ma Pani/Pan prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy.*

**Zapoznałem(am) się i przyjąłem(ęłam) do wiadomości**

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu  
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**

\* niepotrzebne skreślić





Załącznik nr 4.1

Do formularza zgłoszeniowego – OŚWIADCZENIE- KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### OŚWIADCZENIE – KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....  
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

L.p.	Kryterium (prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)
1.	<b>Samotne wychowywanie dziecka</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	<b>Trudności dziecka z nauką</b> <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Małe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Duża
3.	<b>Trudności wychowawcze</b> <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Małe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Duża
4.	<b>Występowanie zjawisk negatywnych w rodzinie</b> (np. alkohol, nikotyna), <input type="checkbox"/> Rzadko <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Bardzo często
5.	<b>Zagrożenie wykluczeniem z powodu występowania przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej</b> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;



	<input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej
<b>6.</b>	<b>Niepełnosprawność</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>7.</b>	<b>Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam iż spełniam kryteria zaznaczone powyżej.

.....  
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu**  
**(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**