

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKÓW PROJEKTU DO PODDZIAŁANIA 9.2.5 REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2014-2020	
Beneficjent	Fundacja Imago
Tytuł projektu	POWIATOWY PROGRAM ASYSTENCKI
Nr projektu	WND-RPSL.09.02.05-24-01E0/20
Czas trwania projektu	01.01.2021 – 31.12.2022
Indywidualny numer identyfikacyjny (wypełnia Realizator Projektu)	
Data wpływu formularza (wypełnia Realizator Projektu)	

LP.	NAZWA POLA	WYBÓR/UZUPEŁNIENIE PRZEZ KANDYDATA
CZĘŚĆ I		
1	IMIĘ	
2	NAZWISKO	
3	NUMER PESEL	_____
4	DATA URODZENIA	
5	WIEK W MOMENCIE WYPEŁNIANIA DOKUMENTÓW	
6	PŁEĆ	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
7	NUMER TELEFONU	
8	ADRES E-MAIL	
11	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny
12	WYKSZTAŁCENIE	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0) ☐ Podstawowe (ISCED 1) ☐ Gimnazjalne (ISCED 2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ Policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)
13	STATUS NA RYNKU PRACY	☐ Osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ Osoba nieuczęszczająca w kształceniu lub szkoleniu ☐ Osoba ucząca się ☐ Inne LUB ☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ Długotrwale bezrobotna ☐ Inne LUB ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ Długotrwale bezrobotna ☐ Inne

		LUB ☐ OSOBA PRACUJĄCA, W TYM ☐ NA WŁASNY RACHUNEK ☐ W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ ☐ W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ ☐ W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ ☐ W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE ☐ W MMŚP ☐ INNE W PRZYPADKU STATUSU: OSOBA PRACUJĄCA: OSOBA ZATRUDNIONA W (NAZWA PRACODAWCY): WYKONYWANY ZAWÓD:
DANE ADRESOWE I KONTAKTOWE UCZESTNIKA		
	ADRES ZAMELDOWANIA	
14	WOJEWÓDZTWO	
15	POWIAT	
16	GMINA	
17	MIEJSCOWOŚĆ	
18	ULICA	
19	NR BUDYNKU	
20	NR LOKALU	
21	KOD POCZTOWY	
	ADRES ZAMIESZKANIA I KORESPONDENCYJNY (JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMELDOWANIA)	
22	WOJEWÓDZTWO	
23	POWIAT	
24	GMINA	
25	MIEJSCOWOŚĆ	
26	ULICA	
27	NR BUDYNKU	
28	NR LOKALU	
29	KOD POCZTOWY	
30	TELEFON	
31	ADRES E-MAIL	
CZĘŚĆ II		
1	OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI
2	OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM	☐ TAK ☐ NIE

	Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	
3	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI
4	OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI
5	OSOBA I/LUB RODZINA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB DOŚWIADCZAJĄCA WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO (5 PKT.)	☐ TAK ☐ NIE
6	INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: (10 PKT.)	☐ UMIARKOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ☐ ZNA CZNY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ☐ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA ☐ ZABURZENIA PSYCHICZNE ☐ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA
7	OSOBA KORZYSTAJĄCA I/LUB RODZINA OTRZYMUJĄCA WSPARCIE Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020 (PO PŻ) (5 PKT.)	☐ TAK ☐ NIE
8	OSOBA, KTÓREJ DOCHÓD NIE PRZEKRACZA 150% WŁAŚCIWEGO KRYTERIUM DOCHODOWEGO (NA OSOBĘ SAMOTNIE GOSPODARUJĄCĄ LUB NA OSOBĘ W RODZINIE)	☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu „powiatowy program asystencki” zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. O ochronie danych osobowych oraz 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). Ponadto oświadczam, iż zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1. Kodeksu karnego oraz potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w ankiecie.

.....

MIEJSCOWOŚĆ, DATA:

.....

PODPIS KANDYDATA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA

Zweryfikowano prawdziwość danych wskazanych przez Kandydata/Kandydatkę poprzez wgląd do dowodu osobistego lub równoważnego dokumentu
(wskazać nazwę)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby weryfikującej)

OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKcie RPSL.09.02.05-24-01E0/20

W związku z przystąpieniem do projektu pn. Powiatowy Program Asystencki przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligon 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 – Fundacja Imago, ul. Hallera 123, 53-201 Wrocław
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) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna