Załącznik 1 do Regulaminu Rekrutacji

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2021-2027. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu „Akademia Samodzielności”.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**„Akademia Samodzielności”**

realizowanego od 1.01.2024 r. do 30.11.2025 r.

**Zaleca się wypełnianie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim oraz drukowanymi literami**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU** |
| **Imię (imiona)** **i nazwisko uczestnika** |  |
| **Nr PESEL uczestnika** |  |
| **Płeć** |  ⃝ kobieta ⃝ mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA – W RAMACH PROJEKTU UCZESTNIK MUSI BYĆ ZAMIESZKAŁY/A NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW KODEKSU CYWILNEGO** |
| **Ulica Nr domu / lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy, poczta** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Obszar zamieszkania uczestnika** |  ⃝ miejski ⃝ wiejski |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **e-mail uczestnika** |  |
| **Wykształcenie** | ⃝ Niższe podstawowe⃝ Podstawowe⃝ Gimnazjalne⃝ Ponadgimnazjalne⃝ Policealne⃝ Wyższe |
| **Zaznacz odpowiedzi na poniższe pytania** |
| Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia? | ⃝ TAK⃝ NIE⃝ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? | ⃝ TAK⃝ NIE |
| Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami? | ⃝ TAK⃝ NIE⃝ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? | ⃝ TAK⃝ NIE⃝ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Czy jesteś osobą odbywającą kary pozbawienia wolności ( z wyjątkiem os. objętych dozorem elektronicznym) | ⃝ TAK⃝ NIE |
| Deklaruję chęć wzięcia udziału w następującym wsparciu w ramach projektu | ⃝ Wsparcie psychologiczne⃝ Wsparcie pedagogiczne⃝ Porady prawne |

|  |
| --- |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| **1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | ⃝ Tak ⃝ Nie |
| W tym osoba długotrwale bezrobotna | ⃝ Tak ⃝ Nie |
| **2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | ⃝ Tak ⃝ Nie |
| W tym osoba długotrwale bezrobotna | ⃝ Tak ⃝ Nie |
| **3. Osoba bierna zawodowo** | ⃝ Tak ⃝ Nie |
| ⃝ W tym osoba ucząca się⃝ W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| **4. Osoba pracująca** | ⃝ Tak ⃝ Nie |
| **W tym**⃝ Osoba pracująca w administracji rządowej⃝ Osoba pracująca w administracji samorządowej⃝ Osoba pracująca w MMŚP⃝ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej⃝ Osoba prowadząca działalność na własną rękę⃝ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie⃝ Inne |
| **Wykonywany** **zawód**⃝ Instruktor praktycznej nauki zawodu⃝ Nauczyciel kształcenia ogólnego⃝ Nauczyciel wychowania przedszkolnego⃝ Nauczyciel kształcenia zawodowego⃝ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia⃝ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej⃝ Pracownik instytucji rynku pracy⃝ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego⃝ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej⃝ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej⃝ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej⃝ Rolnik⃝ Inne |

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)

**OŚWIADZCENIE UCZESTNIKA -KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

…………………………………………………..

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp**. | **KRYTERIA DOSTĘPU**(proszę zakreślić pole „tak” lub „nie”, proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania) |
| Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że: |
| **1.** | **Zagrożenie wykluczeniem z powodu występowania przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej – proszę zaznaczyć** ⃝ ubóstwa;⃝ sieroctwa;⃝ bezdomności;⃝ bezrobocia;⃝ niepełnosprawności;⃝ długotrwałej lub ciężkiej choroby;⃝ przemocy w rodzinie;⃝ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;⃝ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;⃝ bezradności 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;⃝ alkoholizmu lub narkomanii;⃝ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej⃝ klęski żywiołowej lub ekologicznej; |
| **2.** | **Czy jesteś osobą zamieszkującą w gminie Strawczyn?**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **3.** | **Czy jesteś osobą odbywającą kary pozbawienia wolności ( z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym)?**⃝ TAK ⃝ NIE |
|  | **Kryteria punktowe** (proszę zakreślić pole „tak” lub „nie”, proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania) |
| **1.** | **Czy dochód w rodzinie przekracza 150% kryterium dochodowego?**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **2.**  | **Czy jesteś osobą niepełnosprawną ?** ⃝ TAK ⃝ NIE |
| **3.** | **Czy rodzina korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa?**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **4.** | **Czy rodzic samotnie wychowuje dziecko?**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **5.** | **Wielodzietność w rodzinie?**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **6.** | **Czy dziecko wychowuje się poza rodziną biologiczną?**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **7.** | **Średnia w szkole poniżej 3,9 za ostatni rok**⃝ TAK ⃝ NIE |
| **8.** | **Trudności wychowawcze** (opinia nauczyciela)⃝ Brak ⃝ Małe ⃝ Średnie ⃝ Duże |
| **9.** | **Występowanie zjawisk negatywnych w rodzinie** (np. Alkohol, nikotyna) ( opinia pracownika GOPS)⃝ Rzadko ⃝ Często ⃝ Bardzo często |
| **10** | **Osoba jest zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym:** ( opinia pracownika GOPS)⃝ TAK ⃝ NIE- osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej;- bezdomny realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności;- osoba uzależniona od alkoholu; - osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających;- osoba chora psychicznie;- osoba długotrwale bezrobotna;- osoba zwolniona z zakładów karnych, mająca trudności w integracji ze środowiskiem;- uchodźca realizujący indywidualny program integracji;- osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych; - osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;- osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii;- rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;- osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;- osoba niesamodzielna;- osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań. |

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 2016 r. 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)

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

…………………………………………………..

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

* Deklaruję udział swój/ swojego dziecka\* w projekcie „Akademia Samodzielności” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus z programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 Oś Priorytetowa 9. Usługi społeczne i zdrowotne Działanie 9.5 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej.
* Zostałem/am poinformowany/a / dziecko zostało poinformowane\* o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
* Oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu nie korzystam / dziecko nie korzysta\* z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE i EFS+
* Spełniam / dziecko spełnia\* kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie
* Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i Regulaminem rekrutacji w projekcie i akceptuję ich warunki
* Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

………………………………………………………………………………………………….

Miejscowość i data **Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu**

(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic / opiekun prawny)

**OŚWIADZCENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego/mojego dziecka\* wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych projektu pn. „Akademia Samodzielności” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2021-2027.

………………………………………………………………………………………………….

Miejscowość i data **Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu**

(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic / opiekun prawny)