**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**„SPOŁECZEŃSTWO BEZ BARIER – USŁUGI SPOŁECZNE DLA POWIATU SANDOMIERSKIEGO**”

|  |
| --- |
| **Dane podstawowe** |

**Imię (imiona)** …………………………………………………………………………………..

**Nazwisko** ……………………………………………………………………………………….

**Płeć** □ Kobieta□ Mężczyzna

**Data urodzenia** ……………………………………… **Wiek** …………………………………

|  |
| --- |
| **Adres zamieszkania** |

**Ulica** …………………………………………….. **Nr domu**………. **Nr lokalu** ...…………..

**Nazwa miejscowości** ………………………………………… **Kod pocztowy** ……………….

□**Miasto,**  □ **Wieś, Gmina** …………………………………………………………………...

**Powiat** ……………………………………… **Województwo** …………………………………

|  |
| --- |
| **Dane kontaktowe** |

**Tel. stacjonarny** ……………………………… **Tel. komórkowy** ……………….…………...

**e-mail** …………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Dane dodatkowe** |

**Wykształcenie:** □ niższe niż podstawowe □ podstawowe ( □ klasa 1-6, □ klasa 1-8) □ gimnazjalne □ ponadgimnazjalne □ policealne □ wyższe

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe** |

**1. Czy należy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą   
 obcego pochodzenia ?**

□ tak □ nie □ odmawiam podania informacji

**2. Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?**

□ tak □ nie □ odmawiam podania informacji

**3. Czy jest Pan/i osobą niepełnosprawną:**

□ tak □ nie □ odmawiam podania informacji

**Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:** □ tak □ nie

**Stopień niepełnosprawności:** □ osoba do 16 roku życia zaliczona do osób niepełnosprawnych, □ lekki, □ umiarkowany,

□ znaczny

**Przyczyna niepełnosprawności/ symbol:** …………………………………………..

|  |
| --- |
| **Status uczestnika** |

□ osoba z niepełnosprawnością / niesamodzielna

□ opiekun osoby niesamodzielnej, z niepełnosprawnością

□ asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

□ dziecko umieszczone w rodzinnej pieczy zastępczej

□ osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą

□ osoba pełnoletnia opuszczająca pieczę zastępczą

|  |
| --- |
| **Formy wsparcia1** |

□ wsparcie specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych ( zajęcia rehabilitacyjne, warsztaty   
 kosmetyczne, warsztaty odstresowujące, warsztaty psychologiczne indywidualne, wyjazd   
 rehabilitacyjno- usprawniający, likwidacja barier, usługi społeczne)

□ wsparcie specjalistyczne dla opiekunów ON (warsztaty „Stop wypaleniu”, szkolenie   
 z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną, warsztaty multimedialne)

□ wsparcie osób opuszczających pieczę zastępczą (pobyt w mieszkaniu chronionym, trening,   
 nauka samodzielności, doradztwo, kursy zawodowe)

□ wsparcie opiekunów rodzinnej pieczy rodzinnej (szkolenie z doskonalenia osób   
 sprawujących rodzinną pieczę zastępczą, wyjazd integracyjno – terapeutyczny dla   
 opiekunów i dzieci z pieczy zastępczej)

□ korepetycje z kompetencji kluczowych dla dzieci przebywających w pieczy zastępczej

□ półkolonie dla dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej

□ usługi asystenckie

|  |
| --- |
| **Oświadczenia Uczestnika Projektu** |

1. W związku ze złożeniem dokumentów rekrutacyjnych do Projektu pn. „Społeczeństwo bez barier – usługi społeczne dla Powiatu Sandomierskiego” oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości treść **Klauzuli informacyjnej dotyczącej zbierania danych od osoby, której dane dotyczą.**
2. **Oświadczam, iż zapoznałem/am się z zasadami / postanowieniami udziału w Projekcie zawartymi   
   w Regulaminie Uczestnictwa w Projekcie pn. „Społeczeństwo bez barier – usługi społeczne dla Powiatu Sandomierskiego”;**
3. **Oświadczam, iż zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego);**
4. Oświadczam, iżwyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Beneficjenta   
   w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podana w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach RPO WŚ;
5. **Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adres zamieszkania, numer telefonu, adres mailowy, 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu uczestnictwa w projekcie pn. „Społeczeństwo bez barier – usługi społeczne dla Powiatu Sandomierskiego” planowanym do realizacji przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
   w Sandomierzu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.**
6. Oświadczam, iż administrator danych poinformował mnie, że osoba, której dane dotyczą, ma prawo   
   w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Oświadczam, iżwyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu;
8. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału   
    w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
9. Zostałam(em) poinformowana(y), o możliwości udziału tylko w jednym projekcie współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
10. **Oświadczam, że nie jestem objęty/a wsparciem tego samego typu w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz nie będę starał/a się o przyznanie mi takiego wsparcia w czasie trwania mojego uczestnictwa w projekcie pn. „Społeczeństwo bez barier – usługi społeczne dla powiatu sandomierskiego”;**
11. Przetwarzanie danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020;
12. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z wymogami Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r.   
    o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
13. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Uczestnictwa w Projekcie są zgodne z prawdą, a pkt. I i II są zgodne z danymi zawartymi w moim dowodzie osobistym.

Niniejsze oświadczenie wnioskodawca składa pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”.

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

miejscowość i data czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy

|  |
| --- |
| **Rezygnacja z uczestnictwa w Projekcie** |

Z dniem …….….....…… rezygnuję z uczestnictwa w Projekcie oraz zwracam otrzymane materiały szkoleniowe i promocyjne. Jednocześnie oświadczam, iż powodem rezygnacji jest …………………………………………………………………………………………………..

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

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

………………………………………..

data i podpis2

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□ - zaznacz właściwe krzyżykiem

1 - formy wsparcia zgodne z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie

2 - w przypadku osoby niepełnoletniej, osoby niesamodzielnej/niepełnosprawnej formularz wypełnia i podpisuje

osoba sprawująca opiekę