



Data wpływu:	
Godzina wpływu:	

Formularz rekrutacyjny

DANE PROJEKTU	Tytuł projektu	Przepis na samodzielność			
	Nr projektu	RPPD.07.02.02-20-0006/18			
	Oś priorytetowa	VII POPRAWA SPÓJNOŚCI SPOŁECZNEJ			
	Działanie	7.2 Rozwój usług społecznych			
	Poddziałanie	7.2.2 Rozwój usług społecznych w ramach BOF			
	Termin realizacji projektu	od	04.05.2020 r.	do	31.01.2023 r.
<p>Wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty). Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól wniosku z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: <i>nie dotyczy</i>).</p>					
I. Dane podstawowe					
DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA	Nazwisko				
	Imię/ Imiona				
	PESEL				
	Data urodzenia	/	/	<i>format dd/mm/rrrr</i>	
	Wiek w chwili aplikacji do projektu				
	Płeć	Kobieta		Mężczyzna	
	Miejsce urodzenia (<i>miejsowość, województwo</i>)				
	Poziom wykształcenia	Brak		Ponadgimnazjalne	
		Podstawowe		Pomaturalne	
		Gimnazjalne		Wyższe	
	Adres zamieszkania				
	Ulica, nr domu, nr mieszkania				
Kod/Miejscowość					
Województwo		Gmina			



	Powiat	
	Adres korespondencyjny	
	Ulica, nr domu, nr mieszkania	
	Kod/Miejscowość	
	Dane kontaktowe	
	Telefon stacjonarny	<input type="checkbox"/> nie posiadam
	Telefon komórkowy	<input type="checkbox"/> nie posiadam
	E-mail	<input type="checkbox"/> nie posiadam
II. Status Kandydatki/Kandydata		
I. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> NIE
II. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> NIE
III. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> NIE
IV. Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca MMŚP	<input type="checkbox"/> NIE



	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
--	---	--

W tym (proszę zaznaczyć jeśli w punkcie II. Osoba pracująca zaznaczono „tak”)

<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia 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 wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik

Zatrudniony/a w: (proszę podać konkretne miejsce pracy – jeśli dotyczy)

--

III. Informacje dodatkowe

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI



Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK Stopień: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	Rodzaj niepełnosprawności : <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenia narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny)	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM UDZIELENIA INFORMACJI	
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego– to osoba wykluczona społecznie z minimum dwóch przesłanek: np. bezrobocia i ubóstwa - w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<p>Przesłanki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; 		



- osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);
 - rodziny 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;
 - osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
 - osoby niesamodzielne;
 - osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
 - osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z PO PŻ.

Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie o korzystaniu z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie i dostarczyć zaświadczenie o dochodach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	
(proszę wpisać stopień i symbol niepełnosprawności , informacje o szczególnych potrzebach)	
Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, numer telefonu)	



Do niniejszego formularza załączam:

L.p.	Rodzaj załącznika	Właściwe zaznaczyć X	
		TAK	NIE
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o wysokości dochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, iż

- Powyższe dane są zgodne z prawdą.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)



OŚWIADCZENIE OSOBY POMAGAJĄCEJ W WYPEŁNIENIU FORMULARZA REKRUTARYJNEGO

Imię i nazwisko osoby pomagającej w uzupełnieniu formularza:

.....

1. Oświadczam, że przeczytałem/am Kandydatowi/Kandydatce składającemu niniejszy formularz treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz treść formularza.
2. Oświadczam, że w imieniu Kandydata/Kandydatki i za jego/jej zgodą pomogłem/am, w uzupełnieniu tego formularza wpisując dane jedynie zgodne z prawdą.

.....

(miejsowość, data i czytelny podpis wypełniającego w imieniu Kandydata)

OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)



OŚWIADCZENIE O WIELOKROTNYM WYKLUCZENIU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą/członkiem rodziny zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem doświadczającym wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanek, o których mowa w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą¹
- Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe liczy łącznie ze mną osób.²

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

¹ W przypadku, gdy Kandydat jest osobą samotnie gospodarującą, należy przedłożyć zaświadczenie o dochodach Kandydata.

² W przypadku, gdy gospodarstwo domowe składa się z więcej niż jednej osoby, należy przedłożyć zaświadczenia o dochodach wszystkich domowników.



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. **Przepis na samodzielność**, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel.: +48 (22) 25 00 130, e-mail: kancelaria@miir.gov.pl);
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@miir.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
- 3) podstawę 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 (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
- 4) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Instytucji Pośredniczącej - Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, beneficjentowi realizującemu projekt - NZOZ „MD CARE” Sp. z o.o., Dworaki Stałki 46, 18-218 Sokoły, Partnerom: Fundacja „LABORO”, ul. Hanki Ordonówny 4 lok. 54, 15-750 Białystok, Fundacja Piękno Życia, ul. Jana Klemensa Branickiego 17a, 15-085 Białystok(nazwa i adres beneficjenta) oraz



podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -

.....
.....(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;

- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
- 7) kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020 oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
- 8) moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
- 9) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
- 10) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 11) moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
- 12) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020**.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU*/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ
W REALIZACJI PROJEKTU**

** Dotyczy uczestnika projektu.

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