

Formularz Informacyjny

I. Dane podstawowe

DANE osobowe	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												€ nie posiadam
Telefon komórkowy												€ nie posiadam	
E-mail												€ nie posiadam	
II. Status Kandydatki/Kandydata													
I. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK											<input type="checkbox"/> NIE	
	<i>(proszę wybrać z poniższych jeśli zaznaczono „tak”)</i>												
	<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna												



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



- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- 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 <input type="checkbox"/> NIE Stopień: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
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



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W RAMACH PROJEKTU

„Centrum Wsparcia”

nr RPO.07. 02.01-20-0037/18

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:

- 1) wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Centrum Wsparcia”, realizowanym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MD CARE" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w partnerstwie z Fundacją „LABORO” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.
- 2) niniejszą deklaracją związana/ny jestem od dnia podpisania niniejszej umowy do dnia zakończenia udziału w Projekcie, nie później niż do 31.07.2022 r..
- 3) deklaruje chęć korzystania z usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością oraz wypożyczalni sprzętu, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- 4) zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 5) dane zawarte w Deklaracji Uczestnictwa w Projekcie „Centrum Wsparcia” są zgodne z prawdą.
- 6) zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji, w pełni go akceptuję oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
- 7) w związku z promocją projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej wyrażam/nie wyrażam zgody¹ na: utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, publikowanie zdjęć na stronie internetowej projektu, publikowanie zdjęć, wypowiedzi w prasie lokalnej i regionalnej.

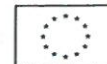
POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko kandydata/ki²

¹ Niewłaściwe skreślić

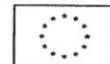
² W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. **Centrum Wsparcia**, 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 ciążący 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 , data

.....
Imię i nazwisko kandydata/ki¹

.....
** Dotyczy uczestnika projektu.

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.



FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Centrum Wsparcia”

PODSTAWOWE DANE OSOBY				
Imię (Imiona)		Nazwisko		
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		
PESEL		Płeć	kobieta	mężczyzna
Seria nr dowodu osobistego				
ADRES ZAMIESZKANIA /DANE KONTAKTOWE				
Miejscowość		Ulica/Nr domu/nr		
Kod pocztowy		Poczta		
Województwo		Powiat		
Gmina		Obszar	miejski	wiejski
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy		
Adres poczty elektronicznej (e-mail)				
Dane do oceny				
Dochód o którym mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej				
Doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki	€Tak			
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.				
Niepełnosprawność w stopniu lekkim	€Tak			
Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym	€Tak			
Niepełnosprawność w stopniu znacznym	€Tak			

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika¹

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.



**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU
Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020**

**W RAMACH PROJEKTU
„Centrum Wsparcia”
nr RPO.07. 02.01-20-0037/18**

Ja, niżej podpisany/a

.....
oświadczam, że jestem osobą, która:

- korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020
 nie korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „Centrum Wsparcia” nie będzie powielał działań, które otrzymuję lub otrzymałem/am z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ 2014-2020) w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ 2014-2020.

Upředzony/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszy oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Kandydata/ki¹

¹ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.



**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
W RAMACH PROJEKTU**

**„Centrum Wsparcia”
nr RPO.07. 02.01-20-0037/18**

Ja niżej podpisany

(imię i nazwisko)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny o następującym brzmieniu: Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat, oświadczam, że:

L.p.	Treść oświadczenia	Zaznaczyć ✓ Jeśli dotyczy
1.	Jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym ¹ .	

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko kandydata/ki²

¹ Niewłaściwe skreślić

² W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.

