

Załącznik 1 do Regulaminu udziału w projekcie

Kwestionariusz zgłoszeniowy do projektu
„CENTRUM WSPARCIA – Klub AISZ TWP OR w Szczecinie”

I. Dane personalne uczestnika

1.	Imię (imiona)	
2.	Nazwisko	
3.	Pesel	
4.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
5.	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
6.	Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe ☐ ponadgimnazjalne ☐ podstawowe ☐ policealne ☐ gimnazjalne ☐ wyższe
7.	Status na rynku pracy na dzień przystąpienia do projektu	→ ☐ osoba pracująca: ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w organizacji pozarządowej ☐ w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne Wykonywany zawód:..... Nazwa przedsiębiorstwa/organizacji:..... → ☐ osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy: ☐ długotrwale ☐ inne → ☐ osoba bezrobotna, nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy: ☐ długotrwale ☐ inne → ☐ osoba bierna zawodowo ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
8.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji
9.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie



10.	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji
11.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji

II. Dane adresowe uczestnika

1.	Ulica, nr domu/lokalu	
2.	Kod pocztowy	
3.	Miejscowość	
4.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	☐ wiejski ☐ miejski
6.	Gmina	
7.	Powiat	
8.	Województwo	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	

III. Oświadczenia

Proszę wstawić znak „x” w okienku przy wybranej odpowiedzi:

A) Oświadczam, że:

- ☐ 1. Jestem osobą powyżej 18 roku życia, która opuściła zakład karny/areszt śledczy, zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym;
- ☐ 2. Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności;
- ☐ 3. Jestem osobą zameldowaną/zamieszkałą/pracującą/uczącą się na terenie województwa Zachodniopomorskiego.

B) DEKLARUJĘ UCZESTNICTWO W NASTĘPUJĄCYCH FORMACH WSPARCIA:

- ☐ indywidualne spotkania z doradcą zawodowym i terapeutą wraz z opracowaniem indywidualnej ścieżki reintegracji (obowiązkowe);
- ☐ indywidualna terapia psychologiczna (obowiązkowe);
- ☐ poradnictwo prawne (obowiązkowe);
- ☐ integracyjne wyjścia do teatru, filharmonii, opery, kina itp. (obowiązkowe);
- ☐ warsztaty aktywizacji zawodowej (obowiązkowe);
- ☐ pośrednictwo pracy (obowiązkowe);
- ☐ terapia rodzinna (dobrowolne);
- ☐ terapia rozwoju osobistego wraz z profilaktyką uzależnień (dobrowolne)
- ☐ kwalifikacyjne kursy zawodowe wraz z egzaminem np. spawacz, elektryk, i inne (dobrowolne) (wstawić znak „x” w okienku przy wybranej formie wsparcia)
- ☐ Wnoszę o pokrycie kosztów zakwaterowania w przypadku objęcia mnie formą wsparcia - kursami zawodowymi.

→ **Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

→ **Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

→ **Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem udziału w projekcie.**

→ **Oświadczam, że zapoznałem/-am się Regulaminem zwrotu kosztów dojazdu i jestem świadomy/-a przysługujących mi zwrotów kosztu dojazdu.**

→ **Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości informację, że w przypadku nieobecności na zajęciach będzie ona uznana za uzasadnioną i usprawiedliwioną tylko w przypadku gdy zostanie ona potwierdzona stosownymi dokumentami wynikającymi z Kodeksu Pracy i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 roku.**

Załączniki: W załączeniu przedkładam:

- ☐ Świadectwo/karta zwolnienia z zakładu karnego/aresztu śledczego, potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- ☐ Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo inny dokument, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, potwierdzona za zgodność z oryginałem.



C) OŚWIADCZAM, ŻE ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO DOSTARCZENIA PO ZAKOŃCZONYM UDZIALE W PROJEKCIE:

- ☐ Kserokopia umowy o pracę.
- ☐ Kserokopia umowy cywilno – prawnej.
- ☐ Zaświadczenia/dowody opłacenia składek i wydruk z ewidencji działalności gospodarczej.
- ☐ Zaświadczenia o podjęciu nauki lub/i zaświadczenia o rejestracji we właściwym Powiatowym Urzędzie Pracy.
- ☐ Kserokopia certyfikatu ukończenia kursów i szkoleń lub/i umowę o wolontariacie.
- ☐ Zaświadczenia od lekarza dotyczącego stanu zdrowia lub/i opinia.
- ☐ Zaświadczenia od pracownika socjalnego/terapeuty/psychologa lub/i potwierdzenie podjęcia/udziału/zakończenia terapii, wystawionego przez organizatora terapii.
- ☐ Zaświadczenia o rozpoczęciu udziału w zajęciach w ramach Centralnej Integracji Społecznej lub Klubie Integracji Społecznej.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-KI NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU

o spełnianiu kryteriów kwalifikacyjnych związanych z udziałem w projekcie

„CENTRUM WSPARCIA – Klub AISZ TWP OR w Szczecinie”

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego
2014-2020, Oś priorytetowa VII Włączenie Społeczne, Działanie 7.2

Ja niżej podpisany/a:

.....

(imię i nazwisko składającego/-ej oświadczenie)

Zamieszkały/a

.....

(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Upředzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym w tym: (zaznaczyć właściwe – wszystkie punkty, które dotyczą)

- ☐ osobą lub rodziną korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- ☐ osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- ☐ osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą 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;
- ☐ osobą z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
- ☐ 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;
- ☐ osobą, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);
- ☐ osobą niesamodzielną;
- ☐ osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- ☐ osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU

Załącznik 2 do Regulaminu udziału w projekcie

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a
(adres zameldowania)

Nr PESEL

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie pt. „CENTRUM WSPARCIA – Klub AISZ TWP OR w Szczecinie” realizowanym przez **Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie**. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Priorytet 9i Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie, Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno zawodowej.

2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby projektu.

3. Oświadczam, że jestem:

- ☐ osobą powyżej 18 roku życia
- ☐ osobą zameldowaną/ zamieszkałą /pracującą /uczącą się na terenie województwa zachodniopomorskiego
- ☐ osobą, która opuściła zakład karny/areszt śledczy zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym
- ☐ posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności

4. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „CENTRUM WSPARCIA – Klub AISZ TWP OR w Szczecinie” realizowany przez *Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie* jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach RPO WZ 2014-2020.

5. Oświadczam, że upoważniam *Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie* i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2018, poz.1000) w celu monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.

6. Oświadczam, że zapoznam/-am się Regulaminem udziału w projekcie i z Regulaminem zwrotu kosztu dojazdu.

7. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU

Załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku.

Załącznik 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**CENTRUM WSPARCIA – Klub AISZ TWP OR w Szczecinie**” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu

Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „**CENTRUM WSPARCIA – Klub AISZ TWP OR w Szczecinie**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie**, ul. Potulicka 16, 70-952 Szczecin 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 Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014 -2020 (tj. dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
a) abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
b) iod@miir.gov.pl – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
11. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielania wsparcia w ramach projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU



Załącznik 2 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na upowszechnianie wizerunku

Oświadczam, że wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1191 ze zm.).

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU