

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

„Akademia Przyszłości” – Kluby Rodzica Zastępczego

Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-K003/18

Oś Priorytetowa VII: *Włączenie społeczne*

Działanie 7.6: *Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym*

Cel szczegółowy: *Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym*

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA

Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem lub oznaczać znakiem „x” we właściwym polu. Należy wskazać numer telefonu lub adres e-mail, aby umożliwić kontakt i weryfikację danych.

CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik drukowanymi literami)

Nazwisko:											Imię:										
Kraj:	Polska										Obywatelstwo:										
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)								-													
PESEL:																Płeć:					
Dane kontaktowe – miejsce zamieszkania																					
Ulica:											Nr domu:					Nr mieszkania:					
Miejscowość:											Powiat:					Gmina:					
Województwo:	Zachodniopomorskie										Kod pocztowy:							-			
Tel.:											e-mail:										
Wykształcenie*:	☐ Niższe niż podstawowe										☐ Podstawowe				☐ Gimnazjalne						
☐ Policealne										☐ Ponadgimnazjalne				☐ Wyższe							
Status na rynku pracy*:										☐ Zatrudniony											
☐ Uczący się										☐ Bierny zawodowo											
☐ Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy										☐ Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy											

Zatrudniony w: (miejsce wykonywania pracy, stanowisko)			
Forma zatrudnienia*:	☐ umowa o pracę	☐ umowa cywilno-prawna (zlecenie, o dzieło)	☐ własna działalność gospodarcza

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y, wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie pn.: „Akademia Przyszłości”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Akademia Przyszłości”.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

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. „Akademia Przyszłości” 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 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 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 zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. 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. 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 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Akademia Przyszłości”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, 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 - Województwu Zachodniopomorskiemu mającemu siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540. 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 kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji (tj. przez okres 5 lat od zakończenia projektu).
10. 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
 - b) iod@miir.gov.pl
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
13. 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.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

ZGODA NA UTRWALENIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach oraz filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie „Akademia Przyszłości”. Materiały te będą wykorzystane do celów sprawozdawczych oraz promocyjnych.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot rekrutujący)

Data przystąpienia do projektu:	__ - __ - ____	Data zakończenia uczestnictwa w projekcie:	__ - __ - ____
Kryteria formalne			
Osoba z niepełnosprawnościami*	☐	Tak	☐ Nie
Osoba korzystające z Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej 2014-2020*	☐	Tak	☐ Nie
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do korzystania z takich świadczeń*	☐	Tak	☐ Nie
Osoba przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych*	☐	Tak	☐ Nie
Osoba przynależąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	☐	Tak	☐ Nie
Co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością*	☐	Tak	☐ Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (w innej niż wymienione powyżej)*	☐	Tak	☐ Nie
Spokrewniony rodzic zastępczy*	☐	Tak	☐ Nie
Niezawodowy rodzic zastępczy*	☐	Tak	☐ Nie
Zawodowy rodzic zastępczy*	☐	Tak	☐ Nie
Ubóstwo / zagrożenie wykluczeniem społecznym*	☐	Tak	☐ Nie

CZĘŚĆ C (wypełnia podmiot rekrutujący)

Kryteria merytoryczne

Poziom motywacji do wzięcia udziału w poszczególnych formach wsparcia*	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Potencjał na wykorzystanie zdobytej wiedzy*	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Indywidualne predyspozycje do prowadzenia KRZ***	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Status kandydata na LKRZ***	1 ☐ (Osoba zainteresowana wspieraniem pieczy zastępczej w regionie nie będąca rodzicem zastępczym)	2 ☐ (Osoba, która w przeszłości pełniła rolę rodzica zastępczego)	3 ☐ (Osoba będąca rodzicem zastępczym)	Wykształcenie kierunkowe pomocne w prowadzeniu grupy edukacyjno-wspierającej	1 ☐
Rekomendacja***					
Łączna punktacja		Zakwalifikowany	☐	Niezakwalifikowany	☐
Dane z wywiadu (m.in. przyczyny uczestnictwa w projekcie, specjalne potrzeby uczestnika projektu, oczekiwania dotyczące udziału w projekcie)					
Rodzaj przyznanego wsparcia*:					
☐ Klub Rodzica Zastępczego	☐ Doradztwo indywidualne		☐ Szkolenie podstawowe LKRZ		
☐ Szkolenia fakultatywne LKRZ	☐ Superwizja		☐ Zwrot kosztów dojazdu na szkolenia		

*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

**Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.

*** Należy wypełnić tylko w przypadku kandydatów na LKRZ

.....
(data, pieczęć i podpis / czytelny podpis
osoby wypełniającej część B i C)

CZĘŚĆ D (wypełnia podmiot realizujący projekt)

Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:	__ - __ - ____	Data zakończenia udziału we wsparciu:	__ - __ - ____
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:			
Czy Lider prowadzi Klub Rodzica Zastępczego? *	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie dotyczy
Czy Lider zgłasza gotowość do prowadzenia Klubu Rodzica Zastępczego? *	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie dotyczy
Czy rodzina zastępcza nadal funkcjonuje?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie dotyczy

.....
(pieczęć i podpis osoby wypełniającej część D)