Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Numer formularza zgłoszeniowego*	Data wpływu formularza zgłoszeniowego*	Podpis przyjmującego*
…….	…….	…….
*pracownik CIS/GOPS/UG		

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO PROJEKTU: „Regionalne Innowacje Społeczne - Centra Integracji Społecznej województwa podlaskiego"

Kategoria kwalifikowalności:

□ TAK □ NIE **osoba zarejestrowana jako bezrobotny/a w PUP** (załącznik: zaświadczenie PUP)
□ TAK □ NIE **osoba długotrwale bezrobotna** (załącznik: zaświadczenie PUP)
□ TAK □ NIE **osoba uzależniona od alkoholu** (załącznik: zaświadczenie/orzeczenie o przebytej terapii alkoholowej)
□ TAK □ NIE **chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego** (załącznik: zaświadczenie/orzeczenie zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej)
□ TAK □ NIE **osoba zwalniana z zakładu karnego lub innej jednostki penitencjarnej** (załącznik: świadectwo zwolnienia z zakładu karnego)
□ TAK □ NIE **osoba bezdomna** (załącznik: zaświadczenie o realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności)
□ TAK □ NIE **osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających** (załącznik: zaświadczenie o realizacji terapii uzależnień)
□ TAK □ NIE **osoba z orzeczonym stopniem niepełnosprawności** (załącznik: kopia orzeczenia o niepełnosprawności)
□ TAK □ NIE **uchodźca** (załącznik: zaświadczenie o realizacji indywidualnego programu integracji)
□ TAK □ NIE **osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej** (załącznik: zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej ze wskazaniem przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej)
□ TAK □ NIE **członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością** (załącznik: zaświadczenie o sprawowaniu opieki nad niesamodzielnym bliskim)
□ TAK □ NIE **osoby niesamodzielne** (załącznik: zaświadczenie o konieczności stałej albo długotrwałej opieki lub/i pomocy innych osób)
□ TAK □ NIE **osoby korzystające z PO PŻ** (załącznik: zaświadczenie lub skierowanie z Ośrodka Pomocy Społecznej)

Oświadczam, że aktualnie mam/ nie mam prawa do:

□ nie mam prawa □mam prawo zasiłku dla bezrobotnych
□ nie mam prawa □mam prawo zasiłku przedemerytalnego
□ nie mam prawa □ mam prawo świadczenia przedemerytalnego
□ nie mam prawa □mam prawo renty strukturalnej
□ nie mam prawa □mam prawo renty z tytułu niezdolności do pracy
□ nie mam prawa □mam prawo emerytury
□ nie mam prawa □ mam prawo nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

DANE PERSONALNE I KONTAKTOWE

Imię (imiona):	Nazwisko:
PESEL:	

Adres zamieszkania (do kontaktu):

Powiat:

□ m. Łomża	□ łomżyński	□ kolneński	□ hajnowski
□ siemiatycki	□ wysokomazowiecki	□ bielski	□ zambrowski

Gmina :	Ulica:
Miejscowość:	Kod pocztowy:

Numer domu:	Numer lokalu:
Telefon kontaktowy:	Adres e-mail:

Wykształcenie (proszę zaznaczyć tylko **JEDNĄ** odpowiedź):
□ podstawowe
□ gimnazjalne
□ ponadgimnazjalne (średnie, zawodowe)
□ policealne (ukończona szkoła policealna)
□ wyższe

Status osoby na rynku pracy (proszę zaznaczyć tylko **JEDNĄ** odpowiedź):

□ Zarejestrowany/a w PUP, osoba bezrobotna,
w tym □ osoba długotrwale bezrobotna*****

□ Niezarejestrowany/a w PUP, osoba bezrobotna,
w tym □ osoba długotrwale bezrobotna*****

***** (młodzież <25lat bezrobotni nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy, dorośli > 25lat i więcej osoby bezrobotne nieprzerwanie przez minimum 12 miesięcy)

□ Osoba bierna zawodowo (niepracująca, nieaktywna zawodowo, niezarejestrowana w PUP)
w tym □ osoba ucząca się □ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
□ TAK □ NIE

Kryteria premiowane:	**Punktacja**	
	Max	**PKT**
□ TAK □ NIE **osoba korzystająca z PO PŻ** *(załącznik: zaświadczenie lub skierowanie z Ośrodka Pomocy Społecznej)*	10	
□ TAK □ NIE **kobieta**	5	
□ TAK □ NIE **osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** *(załącznik: kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)*	10	
□ TAK □ NIE **osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego** *(załącznik: zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej)*	10	
□ TAK □ NIE **osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** *(załącznik: zaświadczenie lub kopia orzeczenia o niepełnosprawności sprzężonej, orzeczenie lekarza psychiatry o stanie zdrowia psychicznego)*	10	
…… DATA …….. CZYTELNY PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU	**45**	

Formularz zgłoszeniowy wraz z załącznikami należy dostarczyć osobiście bądź przesłać pocztą do siedziby CIS/MOPS na terenie miejsca zamieszkania.

Załączniki do formularza: 1. Oświadczenie kandydata na uczestnika/czkę projektu
2. …….
3……

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU

W związku ze złożeniem dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Regionalne Innowacje Społeczne – Centra Integracji Społecznej województwa podlaskiego" oświadczam, że:

1) zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie /Ogłoszeniem o naborze i akceptuję jego zasady,
2) zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.zostałem/am poinformowany/a i przyjąłem/ęłam do wiadomości, że:
   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).
   2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@miir.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
   3. dane osobowe będą przetwarzane w celach: naboru, oceny formularzy rekrutacyjnych. 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. w związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 2) 3. mogą być uprawnione do pozyskania danych na podstawie przepisów prawa i podmioty, którym administrator powierzył przetwarzanie danych w drodze upoważnienia/umowy,
   5. dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z realizacji projektu oraz okres wynikający z przepisów prawa dot. archiwizacji,
   6. mam prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
   7. mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych osobowych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznam, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO,
   8. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

…….	……
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	*CZYTELNY PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU*