



*Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

## **FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN. „Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim”**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim”

<b>Tytuł projektu</b>	„Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim”
<b>Oś priorytetowa</b>	11 Włączenie społeczne
<b>Działanie</b>	Działanie RPWM.11.02.00: „Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym
<b>Podziałanie</b>	Podziałanie RPWM.11.02.03: Ułatwienie dostępu do usług społecznych, w tym integracja ze środowiskiem lokalnym
<b>Nr projektu</b>	RPWM.11.02.03-28-0122/19
<b>Okres realizacji</b>	2020-03-02 do 2021-03-31

Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu	
Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ)	
Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**UWAGA:**

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony; jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć drogą tradycyjną za pośrednictwem poczty na adres: Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zarząd Oddziału Okręgowego w Elblągu, ul. 1 Maja 37, 82-300 Elbląg albo drogą mailową na adres [tpdzo@o2.pl](mailto:tpdzo@o2.pl) Dla dokumentacji rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina) do biura projektu.
4. Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**Oświadczenie Kandydata/-tki na Uczestnika projektu:**

wyrażam/ nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym przez realizatora projektu: „Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim” w tym danych wrażliwych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. a-c i art. 9 ust. 2 lit. a, f, g Rozporządzenia Parlamentu



*Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

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).

Celem zbierania i przetwarzania danych osobowych jest procedura rekrutacyjna (w tym ocena kwalifikowalności do udzielenia wsparcia w ramach projektu „Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim”; w celu monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020). Administratorem moich danych osobowych jest firma Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zarząd Oddziału Okręgowego w Elblągu. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w procedurze rekrutacyjnej. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko - Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych. Mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z regulaminem rekrutacji oraz oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie wizerunku w formie fotografii w ramach w/w projektu. Zgoda obejmuje wykorzystanie i utrwalanie wykonanych zdjęć na potrzeby sprawozdawczości i kontroli.

.....  
data i czytelny podpis Kandydata/-tki

\*niewłaściwe skreślić



*Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

## INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia (miasto i województwo)			
Płeć	..... Kobieta	..... Mężczyzna	
PESEL			
Wykształcenie	.....brak .....podstawowe (poziom ISCED 1) .....gimnazjalne (poziom ISCED 2) .....ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3) .....policealne (poziom ISCED 4) .....wyższe (poziom ISCED 5-8)		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Obszar zamieszkania:	.....miejski	.....wiejski	
Telefon:			
Adres e-mail:			
<b>ADRES KORESPONDENCYJNY</b> (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.)			
Ulica, nr domu/nr lokalu/miejscowość/kod pocztowy/gmina/powiat/województwo			



Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Status kandydata	
<p><b>Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?</b> (Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski).</p>	<p>.....TAK .....NIE .....ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>
<p><b>Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?</b> (okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nie nadające się do zamieszkania wg standardu</p>	<p>.....TAK .....NIE .....ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>



*Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

krajowego, skrajne przeludnienie).	
<p><b>Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami?</b> (Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2016 poz. 2046 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2017 poz. 882 z późn. zm.), tj. Osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej w świetle przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych jest orzeczenie o niepełnosprawności. Natomiast osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię).</p>	<p>.....TAK .....NIE .....ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>
<p><b>Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)?</b> a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym); b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego;</p>	<p>.....TAK .....NIE .....ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>
<p><b>Czy jest Pan(i) osobą zamieszkałą na terenach wiejskich?</b></p>	<p>.....TAK .....NIE .....ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI</p>



*Rodzinnie znaczący aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

<b>Status na rynku pracy</b>	
Czy jest Pan(i) osobą pracującą?	.....TAK .....NIE
Jeżeli TAK, to proszę podać: zawód: miejsce pracy i adres :	
Czy jest Pan(i) osobą bierną zawodowo?	.....TAK .....NIE
Czy jest Pan(i) osobą bezrobotną niezarejestrowaną urzędzie pracy?	.....TAK .....NIE
Czy jest Pan(i) osobą długotrwale bezrobotną?	.....TAK .....NIE

## II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie

Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)	1. Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określ. w art. 7 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r.poz.1507 z późn. zm.): .....TAK .....NIE
	2. Osoba zamieszkała na terenie Miasta Elbląga i powiatu elbląskiego .....TAK .....NIE
Kryterium uczestnictwa (dodatkowe)	1. Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r. ,poz. 1172, z późn. zm.)
	2. Osoba samotnie wychowująca dziecko/dzieci
	3. Rodzina wielodzietna (która posiada minimum troje dzieci)
	4. Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczona z więcej niż jednej przestanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym)
	5. Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych



*Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

	6. Osoba korzystająca ze wsparcia Europejskiego Funduszu najbardziej Potrzebującym w ramach POPŻ.
--	---

## OŚWIADCZENIE

**Świadomy/-a** odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu **Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim** oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

.....  
Data i czytelny podpis Kandydata/-tki



*Rodzinnie znaczy aktywnie- integralny program wsparcia rodzin w Elblągu i powiecie elbląskim  
Projekt dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

### Załączniki do formularza rekrutacyjnego:

Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem „X”) dołączonych do Formularza rekrutacyjnego.

Załączniki składane są w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo w postaci urzędowo poświadczonego, zgodnie z art. 76a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, odpisu lub wyciągu z dokumentu; mogą być składane także w postaci kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.

L.p.	NAZWA DOKUMENTU	TAK	NIE
1.	Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (kryteria obligatoryjne)-załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego		
2.	Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (kryteria dodatkowe) – załącznik nr 2 do formularza rekrutacyjnego		
3.	Orzeczenie o niepełnosprawności		
4.	Zaświadczenie z MOPS / GOPS o korzystaniu z pomocy społecznej		





## **Zał. nr 1 do formularza rekrutacyjnego**

### **OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA OBLIGATORYJNE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

- osobą zamieszkującą na terenie **Miasta Elbląg lub powiatu elbląskiego.**
- osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająco najmniej jedną z przesłanek określ. w art. 7 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r.poz.1507 z późn. zm.)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*



**Zał. nr 2 do formularza**

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA  
W PROJEKCIE (KRYTERIA DODATKOWE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

- Osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r., poz. 1172, z późn. zm.);
- Osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci ;
- Osobą z rodziny wielodzietnej (która posiada minimum troje dzieci);
- Osobą korzystającą ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa;
- Osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczoną z więcej niż jednej przestanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym);
- Osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*