

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Podniesienie aktywności społeczno-zawodowej mieszkańców z terenu LGD Puszcza Knyszyńska”

UPRZEJMIEM PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU										
1. DANE PODSTAWOWE										
Nazwisko							Imię (imiona)			
Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	
PESEL									Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA										
Kod pocztowy			-				Poczta			
Ulica							Nr domu / lokalu			
Miejscowość							Gmina			
Powiat	<input type="checkbox"/> powiat białostocki <input type="checkbox"/> powiat moniecki						Województwo	podlaskie		
Tel. kontaktowy							Adres e-mail			
3. KRYTERIA REKRUTACYJNE										
A. KRYTERIA FORMALNE										
Osoba ucząca się lub zamieszkująca zgodnie z Kodeksem Cywilnym na terenie LGD Puszcza Knyszyńska tj. powiat białostocki (gmina Czarna Białostocka, Michałowo, Supraśl, Wasilków, Zabłudów, Dobrzyniewo Duże, Gródek, Juchnowiec Kościelny) lub powiat moniecki (gmina Jasionówka, Knyszyn)								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Osoba/rodzina korzystająca ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej <i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z ośrodka pomocy społecznej nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza i/lub przystąpienia do projektu)</i>								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Osoba/rodzina kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, ze względu na:								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
<input type="checkbox"/> ubóstwo / <input type="checkbox"/> sieroctwo / <input type="checkbox"/> bezdomność / <input type="checkbox"/> niepełnosprawność / <input type="checkbox"/> długotrwałą lub ciężką chorobę <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie / <input type="checkbox"/> inne (wskazane w art. 7 ustawy o pomocy społecznej, wskazać jakie ¹ :								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
<i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z ośrodka pomocy społecznej nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza i/lub przystąpienia do projektu)</i>										

¹) bezrobocie; 2) potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi; 3) potrzebę ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 4) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 5) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 6) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 7) alkoholizm lub narkomania; 8) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 9) klęskę żywiołową lub ekologiczną.



<p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy</p> <p><i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwego Powiatowego Urzędu Pracy nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza i/lub przystąpienia do projektu,</i> <i>w przypadku zaznaczenia NIE – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie braku odprowadzania składek nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza i/lub przystąpienia do projektu)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><i>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat</i></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
B. KRYTERIA PREMIUJĄCE	
<p>Osoba/rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)</p> <p><i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwej organizacji partnerskiej lub innego dokumentu o podobnym statusie nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Osoba/rodzina doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Osoba z niepełnosprawnością: <i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie kopii orzeczenia lekarskiego)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>– w tym, osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>– w tym, osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>– w tym, osoba z niepełnosprawnością sprzężoną</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>– w tym, osoba z zaburzeniami psychicznymi</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>– w tym, osoba z niepełnosprawnością intelektualną</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>– w tym, osoba z całościowym zaburzeniami rozwojowymi</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Osoba zamieszkująca obszar wiejski</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Osoba zamieszkująca obszar Gminy Supraśl</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>4. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności i/lub stanu zdrowia (proszę zaznaczyć właściwe)</p>	<p><input type="checkbox"/> specjalistyczny sprzęt dla osób niewidomych/słabowidzących</p> <p><input type="checkbox"/> druk materiałów powiększoną czcionką</p> <p><input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych</p> <p><input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego</p> <p><input type="checkbox"/> dostosowanie posiłków tj. uwzględnianie specyficznych potrzeb żywieniowych (wskazać jakie)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> inne:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5. PREFEROWANE WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU	
<p><input type="checkbox"/> SZKOLENIE ZAWODOWE</p>	
<p><input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY</p>	

6. DEKLARACJA

Ja, niżej podpisana(y),

.....
(imię, nazwisko składającego / ej oświadczenie)

zam.
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Oświadczam, iż

1. wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
2. zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
3. jestem zainteresowany/a wzięciem udziału w projekcie: „Podniesienie aktywności społeczno-zawodowej mieszkańców z terenu LGD Puszcza Knyszyńska”;
4. uczę się/zamieszkuję zgodnie z Kodeksem Cywilnym na terenie LGD Puszcza Knyszyńska tj. powiat białostocki (gmina Czarna Białostocka, Michałowo, Supraśl, Wasilków, Zabłudów, Dobrzyniewo Duże, Gródek, Juchnowiec Kościelny) lub powiat moniecki (gmina Jasionówka, Knyszyn);
5. zostałem/am poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
6. zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych;
7. oświadczam, iż jednocześnie nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w ramach Działania 9.1.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny Podpis

BIURO PROJEKTU:
Open Education Group Sp. z o.o.
ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok
tel. 85-869-11-69
e-mail: projekt@aktywna-integracja.pl

PARTNER PROJEKTU:
Spółdzielnia Socjalna „ACTIVE GO”
w Białymstoku
ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok
tel. 85-667-12-82
e-mail: biuro@activego.pl

PARTNER PROJEKTU:
Fundacja Cukrzyca a
Zdrowie
ul. Dolna 2a
15-521 Zaścianki
tel. 604141169
e-mail:
cukrzycaazdrowie@wp.pl

Klauzula informacyjna dla osób biorących udział w procesie rekrutacji do projektu „Podniesienie aktywności społeczno-zawodowej mieszkańców z terenu LGD Puszcza Knyszyńska”
Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Open Education Group Sp. z o.o., ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok, Spółdzielnia Socjalna „Active Go” w Białymstoku ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok oraz Fundacja Cukrzyca a Zdrowie ul. Dolna 2a, 15-521 Zaścianki.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: udziału w rekrutacji do projektu „Podniesienie aktywności społeczno-zawodowej mieszkańców z terenu LGD Puszcza Knyszyńska”- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
3. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (podmioty uczestniczące w realizacji projektu/procesie rekrutacji).
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakońzonego projektu;
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia – z zastrzeżeniem pkt. 7;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy dot. realizacji wsparcia w ramach projektu, o którym mowa w pkt. 2.