



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Pomoc na wyciągnięcie ręki!” nr FESW.09.04-IZ.00-0043/24

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027,

Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie 09.04. Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy	
Data wpływu Formularza zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy

DOTYCZY OSOBY Z KADRY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI ZDROWOTNE I OPIEKUŃCZE W PROJEKCIE

DANE UCZESTNIKA	
Rodzaj uczestnika:	☐ Indywidualny
Obywatelstwo:	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię:	
Nazwisko:	
Brak PESEL:	☐ TAK ☐ NIE
PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):	
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 – 2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5 – 8)
DANE TELEADRESOWE	
Kraj:	
Województwo:	



Powiat:		
Gmina:		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:	____ - ____	
Obszar:	☐ Obszar wiejski ☐ Obszar miejski	
Telefon kontaktowy:		
Adres poczty elektronicznej (e-mail):		
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba obcego pochodzenia:	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba państwa trzeciego:	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami:	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba bezrobotna:	☐ TAK ☐ NIE	
w tym:	☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne	
Osoba bierna zawodowo:	☐ TAK ☐ NIE	
w tym: ☐ osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu:	☐ osoba uczącą się/ odbywającą kształcenie	☐ inne
Jeżeli osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie należy podać nazwę i adres szkoły/ placówki kształcenia		
Osoba pracująca:	☐ TAK ☐ NIE	
Jeśli osoba pracująca należy podać nazwę firmy/instytucji i adres miejsca pracy		
POZOSTAŁE DANE		
I. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ (KRYTERIA DOSTĘPU)		
Osoba pracująca w myśl Kodeksu Cywilnego w mieście Kielce, gminie Piekoszków, gminie Strawczyn z powiatu kieleckiego i miasta Kielce w województwie świętokrzyskim, tj. na obszarze OSI.		☐ TAK ☐ NIE



Weryfikacja na podstawie: oświadczenia zawartego w Formularzu zgłoszeniowym, zaświadczenia o zatrudnieniu w projekcie ze wskazaniem miejsca pracy.		
Osoba pracująca świadcząca usługi społeczne/ zdrowotne w projekcie.		☐ TAK ☐ NIE
Weryfikacja na podstawie zaświadczenia o zatrudnieniu w projekcie ze wskazaniem stanowiska.		
INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB UCZESTNIKA W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/ Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo- Migowego	☐ TAK ☐ NIE
	2. Pętla indukcyjna	☐ TAK ☐ NIE
	3. Powiększony tekst	☐ TAK ☐ NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	☐ TAK ☐ NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia	☐ TAK ☐ NIE
	6. Inne	☐ TAK ☐ NIE
Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia:		
Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		
OŚWIADCZENIE		
W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Pomoc na wyciągnięcie ręki!” oświadczam, że: - złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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); - zostałem/am poinformowany/a, iż projekt “Pomoc na wyciągnięcie ręki!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus; - zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”; - zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach projektowych; - jestem świadomy/a, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie nie gwarantują udziału w wybranych zajęciach oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja rekrutacyjna biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji; - zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu “Pomoc na wyciągnięcie ręki!” przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Beneficjenta projektu NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. - wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z realizacją projektu “Pomoc na wyciągnięcie ręki!” Przetwarzanie w/w danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027;		



- na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn zm.) **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu "Pomoc na wyciągnięcie ręki!" przez NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu "Pomoc na wyciągnięcie ręki!". Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.**

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

Wybrany sposób poinformowania osoby potrzebującej wsparcia o wynikach rekrutacji:

- ☐ telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- ☐ mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- ☐ osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)