



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocna dłoń”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Pomocna dłoń” nr FELU.08.06-IZ.00-0023/25**

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 OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

DANE UCZESTNIKA	
Rodzaj uczestnika:	<input type="checkbox"/> Indywidualny
Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię:	
Nazwisko:	
Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):	<input type="checkbox"/> Podstawowe - ISCED 1 <input type="checkbox"/> Gimnazjalne – ISCED 2 <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - ISCED 3 <input type="checkbox"/> Policealne - ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe - ISCED 5 – 8

Projekt „Pomocna dłoń” nr FELU.08.06-IZ.00-0023/25 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej, programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Działanie 8.6 Usługi zdrowotne



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubelskie
Smakuj życie!

DANE TELEADRESOWE	
Kraj:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	__ - ____
Obszar:	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski <input type="checkbox"/> Obszar miejski
Telefon kontaktowy:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail):	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba bezrobotna:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
Osoba bierna zawodowo:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP



<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne	
Jeśli osoba pracująca należy podać nazwę firmy/instytucji i adres miejsca pracy	
POZOSTAŁE DANE	
KRYTERIA DOSTĘPU	
Osoba dorosła – w wieku powyżej 18 roku życia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie nr PESEL zawartego w Formularzu zgłoszeniowym.	
Osoba posiadająca status Opiekuna Faktycznego opiekującego się Osobą Potrzebującą Wsparcia obejmowaną projektem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie oświadczenia Opiekuna Faktycznego lub wywiad środowiskowy.	
Osoba zamieszkująca/ pracująca w myśl Kodeksu Cywilnego w powiecie opolskim lub w powiecie puławskim w województwie lubelskim.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Weryfikacja na podstawie danych z Formularza zgłoszeniowego/ oświadczenie/ zaświadczenie o zatrudnieniu	
KRYTERIA PUNKTOWE	
Osoba starsza (w rozumieniu ustawy z 11.09.2015 r. o osobach starszych- zgodnie z wersją obowiązującą w dniu ogłoszenia danego naboru), która ukończyła 60 rok życia: + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba o niskich kwalifikacjach posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie (zgodnie z MSKK), tj. osoba z wykształceniem podstawowym– ISCED 1, wykształceniem gimnazjalnym– ISCED 2, wykształceniem ponadgimnazjalnym– ISCED 3: + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami- ON w rozumieniu ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu ON i osób z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (zgodnie z wersjami obowiązującymi w dniu ogłoszenia danego naboru): + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Migranci- osoby przybyłe z zagranicy do kraju w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy: + 15 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Opiekun Faktyczny- Kobieta: + 5 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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. „Pomocna dłoń” 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 “Pomocna dłoń” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocna dłoń”;
- 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 “Pomocna dłoń” przez Zarząd Województwa Lubelskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 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 “Pomocna dłoń” 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 Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 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 “Pomocna dłoń” przez NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za**



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubelskie
Smakuj życie!

pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu „Pomocna dłoń”. 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)