



Załącznik nr 2 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 OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

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	
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 ucząca się lub pracująca lub zamieszkująca miasto Kielce, gminę Piekoszów, gminę Strawczyn z powiatu kieleckiego i miasta Kielce w województwie świętokrzyskim w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.	☐ TAK ☐ NIE	
Weryfikacja na podstawie oświadczenia zawartego w Formularzu zgłoszeniowym.		



Osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia, nie będąca opiekunem formalnym (zawód) i nie pobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, np. członek rodziny, osoba bliska, wolontariusz.		☐ TAK	☐ NIE
Weryfikacja na podstawie: oświadczenia/ wywiadu środowiskowego.			
Osoba będąca opiekunem faktycznym osoby potrzebującej wsparcia, która została zakwalifikowana do projektu.		☐ TAK	☐ NIE
Weryfikacja na podstawie informacji zawartej w Formularzu zgłoszeniowym.			
II. KRYTERIA PUNKTOWE OGÓLNE (DLA WSZYSTKICH OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH)			
Osoba z gminy Piekoszów, gminy Strawczyn, tj. z obszaru gdzie usługi opiekuńcze i zdrowotne nie są świadczone bądź dostęp do nich jest utrudniony (białe plamy) i jednocześnie gdzie występuje wykluczenie komunikacyjne (białe plamy) + 150 p – Pierwszeństwo w projekcie.		☐ TAK	☐ NIE
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności + 15 p		☐ TAK	☐ NIE
Osoba korzystająca z programu FE PŻ + 15 p		☐ TAK	☐ NIE
III. KRYTERIA PUNKTOWE SZCZEGÓŁOWE			
Osoba z niepełnosprawnością + 7 p		☐ TAK	☐ NIE
Kobieta + 7 p		☐ TAK	☐ NIE
INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓŁNYCH 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)