



Załącznik 1 – FORMULARZ REKRUTACYJNY

FORMULARZ Uczestnika/czki projektu	
Tytuł Projektu	Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin
Nr Projektu	FEPZ.06.13-IP.01-0029/24
Oś priorytetowa	FEPZ.06.00
Działanie	FEPZ.06.13
Zakres interwencji	Metody integracji z rynkiem pracy oraz powrotu na rynek pracy osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZAĆ „X”

I	Dane uczestnika	Uczestnik: członek rodziny zagrożonej wykluczeniem społecznym, przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej, o kt. mowa w ust. z 9.06. 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> rodzina objęta wsparciem przez SPWD dla Dzieci i Młodzieży z ZD <input type="checkbox"/> rodzina objęta wsparciem przez SPWD dla Dzieci i Młodzieży ADHD i ZA
		Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Rodzic/ opiekun prawny <input type="checkbox"/> Otoczenie
		Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju spoza UE / osoba bezpaństwowa
		Imię (imiona)	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel Instytucji /podmiotu
		Nazwisko	
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
		Data urodzenia:	
		PESEL:	
		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
		Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) –(ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
II	Dane teleadresowe	Województwo:	
		Powiat:	Miasto Szczecin
		Gmina:	Szczecin
		Miejscowość:	Szczecin
		Obszar:	<input checked="" type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
		Ulica:	



		Nr budynku:	
		Nr lokalu:	
		Kod pocztowy i poczta:	Kod: Poczta:
		Telefon kontaktowy:	
		Adres mailowy (DRUKOWANYMI):	
III	Szczegóły wsparcia	Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
		Data zakończenia udziału w projekcie: (Uzupełnia Realizator)	
		Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA w tym <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się /odbywające kształcenie <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA , 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
IV	Status uczestnika projektu	OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



		OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMOCJI
		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 INFORMOCJI
V	Specjalne Potrzeby	Zgłaszam potrzebę zapewnienia dostępności	<input type="checkbox"/> Dostosowania przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową <input type="checkbox"/> Dostosowanie opieki podczas form wsparcia z uwagi na niepełnosprawność intelektualną/ stan zdrowia <input type="checkbox"/> Zapewnienia specjalistycznych form materiałów, w tym materiałów przygotowanych łatwym językiem <input type="checkbox"/> Zapewnienia systemu wspomagającego słyszenie <input type="checkbox"/> Zapewnienia tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> Zapewnienia tłumacza języka ukraińskiego <input type="checkbox"/> Zapewnienia specjalnej diety przy poczęstunku, tym wykluczenia pokarmowe :..... <input type="checkbox"/> Inne:..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU:

- 1) Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych.
- 2) W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin**”, nr: **FEPZ.06.13-IP.01-0029/24** współfinansowanego w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez **TOWARZYSTWO PRZYJACIÓŁ DZIECI ZACHODNIOPOMORSKI ODDZIAŁ REGIONALNY W SZCZECINIE** w czasie trwania realizacji, promocji, ewaluacji i archiwizacji Projektu. Dodatkowo zastrzegam, że publikacja tych dokumentów odbywać się będzie w taki sposób, aby nie wskazywały na powiązanie z imieniem i nazwiskiem lub sposobem bezpośredniego kontaktu (bez adresu zamieszkania, numeru telefonu).
- 3) W związku z uczestnictwem w Projekcie pn. **Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin** współfinansowanym w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, świadoma(y) odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że:
 - a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb uczestnictwa w Projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych – i załączoną KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ;
 - b) zostałem/am poinformowany/a, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie;
 - c) zostałem/am poinformowany/a, że mam prawo wglądu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
 - d) **Nie jestem uczestnikiem /uczestniczką innego projektu dofinansowanego ze środków UE.**

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

.....
czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego
małoletniego uczestnika projektu



Załącznik 2

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a),

.....
.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały(a)

.....
.....

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

Deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie pn. **Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin**, nr projektu **FEPZ.06.13-IP.01-0029/24** współfinansowanego w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Działanie 6.13 FEPZ 2021-2027, którego realizatorem jest **TOWARZYSTWO PRZYJACIÓŁ DZIECI ZACHODNIOPOMORSKI ODDZIAŁ REGIONALNY W SZCZECINIE**

1. Oświadczam, że:

- a) zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn.: **Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin, nr projektu FEPZ.06.13-IP.01-0029/24** (zwanego dalej „Regulaminem”), akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
 - b) spełniam warunki kwalifikacji jako przedstawiciel grupy docelowej wskazanej w Regulaminie.
 - c) zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
 - d) zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu projektu ze środków UE i budżetu państwa,
2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
 3. Zobowiązuję się do bieżącego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach dotyczących moich danych zawartych w dokumentach przedłożonych w trakcie rekrutacji i realizacji Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących mieć wpływ na dalszy udział w Projekcie.
 4. Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku z realizacją Projektu. Rozpowszechnianie to może przybrać w szczególności formę publikacji zdjęć z prowadzonych zajęć i innych form wsparcia.
 5. **Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.**

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu

.....
czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego
małoletniego uczestnika projektu



KLAUZULA INFORMACYJNA

.....
(imię i nazwisko Uczestnika/czki)

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin**”, nr: **FEPZ.06.13-IP.01-0029/24** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. **Towarzystwo Pomocy Dzieciom Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie**, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – **podmioty wykonujące wsparcie na zlecenie Beneficjenta**.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach FEPZ 2021- 2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych 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 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
 - a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azyłu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
 - b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - c. Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „**Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin**”, nr: **FEPZ.06.13-IP.01-0029/24**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjnopromocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027
5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
 - a) rodo@tpd.szczecin.pl
 - b) iod@wup.pl



9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
11. Przysługuje mi prawo do ograniczenia przetwarzania pod warunkiem, że dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Załącznik nr 4

KARTA OCENY KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM
w projekcie pt.: **Metamorfoza Integracji Społecznej -"MIŚ" dla rodzin**, FEPZ.06.13-IP.01-0029 /24.
Potwierdzenie kwalifikowalności : wypełnia Wnioskodawca

Imię i nazwisko Uczestnika/uczestniczki :

Kryterium dostępu	
Zamieszkanie zgodnie z KC na terenie miasta Szczecin	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z rodzin zagrożonych wykluczeniem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Podopieczni SPWD TPD DLA DZIECI Z ZESPOŁEM DOWNA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Podopieczni SPWD TPD Dzieci i Młodzieży z ADHD i ZA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Brak udziału w innym projekcie społeczno-zawodowym EFS plus (zweryfikowane w Systemie SM na dzień przystąpienia do projektu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kryteria preferencji	
Osoba z niepełnosprawnościami +10 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika /uczestniczki w ramach projektu jako rodziny objętej wsparciem w SPWD TPD

.....
Podpis w imieniu realizatora