

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Numer formularza zgłoszeniowego*	Data wpływu formularza zgłoszeniowego*	Podpis przyjmującego*
.....

*pracownik CIS/MOPS

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO PROJEKTU: „Regionalne Innowacje Społeczne – Centra Integracji Społecznej województwa podlaskiego”

Kategoria kwalifikowalności:

- TAK NIE **osoba zarejestrowana jako bezrobotny/a w PUP** (załącznik: zaświadczenie PUP)
- TAK NIE **osoba długotrwale bezrobotna** (załącznik: zaświadczenie PUP)
- TAK NIE **osoba uzależniona od alkoholu** (załącznik: zaświadczenie/orzeczenie o przebytej terapii alkoholowej)
- TAK NIE **chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego**
(załącznik: zaświadczenie/orzeczenie zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej)
- TAK NIE **osoba zwalniana z zakładu karnego lub innej jednostki penitencjarnej**
(załącznik: świadectwo zwolnienia z zakładu karnego)
- TAK NIE **osoba bezdomna** (załącznik: zaświadczenie o realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności)
- TAK NIE **osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających**
(załącznik: zaświadczenie o realizacji terapii uzależnień)
- TAK NIE **osoba z orzeczoną stopniem niepełnosprawności** (załącznik: kopia orzeczenia o niepełnosprawności)
- TAK NIE **uchodźca** (załącznik: zaświadczenie o realizacji indywidualnego programu integracji)
- TAK NIE **osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej** (załącznik: zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej ze wskazaniem przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej)
- TAK NIE **członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością**
(załącznik: zaświadczenie o sprawowaniu opieki nad niesamodzielnym bliskim)
- TAK NIE **osoby niesamodzielne** (załącznik: zaświadczenie o konieczności stałej albo długotrwałej opieki lub/i pomocy innych osób)
- TAK NIE **osoby korzystające z PO PŻ** (załącznik: zaświadczenie lub skierowanie z Ośrodka Pomocy Społecznej)

Oświadczam, że aktualnie mam/ nie mam prawa do:

- nie mam prawa mam prawo zasiłku dla bezrobotnych
- nie mam prawa mam prawo zasiłku przedemerytalnego
- nie mam prawa mam prawo świadczenia przedemerytalnego
- nie mam prawa mam prawo renty strukturalnej
- nie mam prawa mam prawo renty z tytułu niezdolności do pracy
- nie mam prawa mam prawo emerytury
- nie mam prawa mam prawo nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

DANE PERSONALNE I KONTAKTOWE

Imię (imiona):		Nazwisko:	
PESEL:			
Adres zamieszkania (do kontaktu):			
Powiat:			
<input type="checkbox"/> m. Łomża	<input type="checkbox"/> łomżyński	<input type="checkbox"/> kolneński	<input type="checkbox"/> hajnowski
<input type="checkbox"/> siemiatycki	<input type="checkbox"/> wysokomazowiecki	<input type="checkbox"/> bielski	<input type="checkbox"/> zambrowski
Gmina :		Ulica:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	

Numer domu:	Numer lokalu:		
Telefon kontaktowy:	Adres e-mail:		
Wykształcenie (proszę zaznaczyć tylko JEDNĄ odpowiedź): <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie, zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> wyższe			
Status osoby na rynku pracy (proszę zaznaczyć tylko JEDNĄ odpowiedź): <input type="checkbox"/> Zarejestrowany/a w PUP, osoba bezrobotna, w tym <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna* * (oznacza to bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych) <input type="checkbox"/> Niezarejestrowany/a w PUP, osoba bezrobotna, w tym <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo (niepracująca, nieaktywna zawodowo, niezarejestrowana w PUP) w tym <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu			
Osoba jest zgłoszona w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do: <input type="checkbox"/> Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) <input type="checkbox"/> Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
Kryteria premiowane:		Punktacja	
		Max	PKT
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba korzystająca z PO PŻ <i>(załącznik: zaświadczenie lub skierowanie z Ośrodka Pomocy Społecznej)</i>		10	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE kobieta		5	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <i>(załącznik: kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)</i>		10	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego <i>(załącznik: zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej)</i>		10	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <i>(załącznik: zaświadczenie lub kopia orzeczenia o niepełnosprawności sprzężonej, orzeczenie lekarza psychiatry o stanie zdrowia psychicznego)</i>		10	
		45	
..... DATA	 CZYTELNY PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU	

Formularz zgłoszeniowy wraz z załącznikami należy dostarczyć osobiście bądź przesłać pocztą do siedziby CIS/MOPS na terenie miejsca zamieszkania.

Załączniki do formularza: 1. Oświadczenie kandydata na uczestnika/czkę projektu

2.

3.

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU

W związku ze złożeniem dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Regionalne Innowacje Społeczne – Centra Integracji Społecznej województwa podlaskiego” oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie /Ogłoszeniem o naborze i akceptuję jego zasady,
- 2) na dzień złożenia dokumentacji rekrutacyjnej nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS, w tym z projektów realizowanych w Działaniu 9.1.
- 3) zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. zostałem/am poinformowany/a i przyjąłem/ęłam do wiadomości, że:
 1. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do czynności przetwarzania/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl).
 2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych (e-mail: iod@miir.gov.pl i iod@wrotapodlasia.pl);
 3. dane osobowe będą przetwarzane w celach: naboru, oceny formularzy rekrutacyjnych. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze 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 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) (Dziennik Urzędowy UE L 119) oraz wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów ustawy wdrożeniowej – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014- 2020;
 4. w związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 2) 3. mogą być uprawnione do pozyskania danych na podstawie przepisów prawa i podmioty, którym administrator powierzył przetwarzanie danych w drodze upoważnienia/umowy,
 5. dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z realizacji projektu oraz okres wynikający z przepisów prawa dot. archiwizacji,
 6. mam prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 7. mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych osobowych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uznaję, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO,
 8. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA
NA UCZESTNIKA/CZKĘ PROJEKTU



„Regionalne Innowacje Społeczne – Centra Integracji Społecznej województwa podlaskiego”, Działanie 7.1 Rozwój Działań Aktywnej Integracji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego 2014-2020. RPPD.07.01.00-20-0231/18