



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik 1B

Do regulaminu rekrutacji – **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZIC/OPIEKUN PRAWNY**

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu „Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE – RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

„Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije”
realizowanego od 01.07.2020r. do 30.06.2023r.

Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU	
Imię (imiona) i nazwisko uczestnika	
nr PESEL uczestnika	
ADRES ZAMIESZKANIA – W RAMACH PROJEKTU UCZESTNIK MUSI BYĆ ZAMIESZKAŁY/-A NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW KODEKSU CYWILNEGO	
Ulica Nr domu/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy, poczta	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
E-mail uczestnika	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne



	<input type="checkbox"/> Wyższe
Zaznacz odpowiedzi na poniższe pytania	
Czy jesteś osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
Deklaruję chęć wzięcia udziału w następującym wsparciu w ramach projektu	<input type="checkbox"/> wsparcia psychologiczne <input type="checkbox"/> wsparcia pedagogiczne
Badanie specjalnych potrzeb uczestników	
Prosimy o wskazanie specjalnych potrzeb żywieniowych np. alergie, itp.	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Prosimy o wskazanie specjalnych potrzeb w innym zakresie np. przystosowania projektu do potrzeb osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
W tym osoba długotrwale bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>



2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
W tym osoba długotrwale bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
3. Osoba bierna zawodowo	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> W tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
4. Osoba pracująca	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
W tym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własną rękę <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
Wykonywany zawód <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
Zatrudniony/a w (miejsce zatrudnienia):	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>

Podane dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)



Załącznik nr 1
Do formularza zgłoszeniowego

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

- deklaruje udział swój/swojego dziecka*, w projekcie „**Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije**” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020). Oś Priorytetowa IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych
- zostałem/am poinformowany/a/ dziecko zostało poinformowane* o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- **oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu nie korzystam/ dziecko nie korzysta* z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS**
- spełniam/ dziecko spełnia* kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie,
- zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i Regulaminem rekrutacji w projekcie i akceptuję ich warunki,
- zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

Załącznik nr 2
Do formularza zgłoszeniowego

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku/ wizerunku mojego dziecka* w celach informacyjnych i promocyjnych projektu pn. „**Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020).

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 3

Do formularza zgłoszeniowego

Imię i nazwisko Uczestnika/ki projektu:

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU – ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich/mojego dziecka* danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielce 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich/mojego dziecka* danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje/dziecka* dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) zachowania trwałości projektu,
 - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich/dziecka* 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 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) Moje/dziecka* dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - **Gmina Kije/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kijach**– ul. Szkolna 19/1, 28-404 Kije oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu „Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije”. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 – 2020;
- 6) Moje/dziecka* dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których



mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Moje/dziecka* dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „**Wsparcie edukacyjno – opiekuńczego w nowo utworzonych świetlicach środowiskowych w Gminie Kije**” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOSC I DATA

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 4
Do formularza zgłoszeniowego

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

1) Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: RODO, informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych dziecka* jest: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kijach – ul. Szkolna 19/1, 28-404 Kije

2) Na podstawie obowiązujących przepisów, wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych – Panią Karinę Lechowską, z którą można kontaktować się:

- przez e-mail: inspektor@cbi24.pl
- tel. 41 356 80 09 wew. 10

3) Dane osobowe pozyskane w związku z zawarciem z Panią/Panem umowy będą przetwarzane w następujących celach:

- związanych z realizacją podpisanej z Panią/Panem umowy,
- związanych z dochodzeniem ewentualnych roszczeń, odszkodowań,
- udzielania odpowiedzi na Pani/Pana pisma, wnioski i skargi,
- udzielania odpowiedzi w toczących się postępowaniach.

4) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych/ danych* jest:

- niezbędność do wykonania umowy lub do podjęcia działań na Pani/Pana żądanie przed zawarciem umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
- konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

5) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i realizacji umowy.

6) Pozyskane od Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- podmiotom przetwarzającym je na nasze zlecenie oraz
- organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. sądom, organom ścigania lub instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną.

7) Pani/Pana/dziecka* dane nie będą przekazane do państw trzecich.

8) Okres przetwarzania Pani/Pana/dziecka* danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane. Okres, przez który Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jest obliczany w oparciu o następujące kryteria:

- czasu obowiązywania umowy,
- przepisy prawa, które mogą nas obligować do przetwarzania danych przez określony czas,
- okres, który jest niezbędny do obrony naszych interesów.

9) Ponadto, informujemy, że ma Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich/ dziecka* danych osobowych,
- żądania sprostowania swoich/dziecka danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,



- *żądania usunięcia swoich/dziecka* danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,*
- *żądania ograniczenia przetwarzania swoich/dziecka* danych osobowych,*
- *wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich/dziecka* danych, ze względu na Pani/Pana/dziecka* szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana/dziecka* dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu czy też na potrzeby marketingu bezpośredniego,*
- *przenoszenia swoich/dziecka* danych osobowych,*
- *wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.*

10) W zakresie, w jakim Pani/Pana/dziecka dane są przetwarzane na podstawie zgody – ma Pani/Pan prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny bądź adres e-mailowy.*

Zapoznałem(am) się i przyjąłem(ęłam) do wiadomości

.....
**Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)**

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 5

Do formularza zgłoszeniowego – OŚWIADCZENIE- KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA – KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....
Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

L.p.	Kryteria dostępu (prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)
1.	Obszar zamieszkania – Gmina Kije <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Zagrożenie wykluczeniem z powodu występowania przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej
3.	Dziecko w wieku 4-16 lat <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Nr kryterium	Kryteria punktowe (prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi)
1.	Czy dochód w Rodzinie nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy dziecko ma trudności z nauką? <input type="checkbox"/> Średnia poniżej 3,9 w ostatnim roku szkolnym <input type="checkbox"/> Średnia powyżej 3,9 w ostatnim roku szkolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (w przypadku rodziców/opiekunów prawnych) Uwagi.....
3.	Czy jesteś osobą niepełnosprawną? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy pochodzisz z rodziny wielodzietnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy pochodzisz z rodziny niepełnej? (jeden z rodziców/opiekunów prawnych samotnie wychowuje dziecko) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7.	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Oświadczam, iż spełniam kryteria zaznaczone powyżej.

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu
(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis składa Rodzic/opiekun prawny)