



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Numer rekrutacyjny

**Dobrowolnego udziału w -projekcie „Moja rodzina”
współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego
na lata 2021-2027(Działanie09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej)**

Ja niżej podpisany/podpisana

ur.

zam. Skarżysko-Kamienna, ul.

zgłaszam chęć udziału w projekcie

„Moja rodzina”

realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej.

Skarżysko-Kamienna, dn.....

(Miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
(OSOBA MAŁOLETNIA)**

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA ORGANIZATOR).....

Dane uczestnika	Imię i nazwisko	
	Płeć	
	Data urodzenia	
	Miejsce urodzenia	
	PESEL	
	Nr dowodu osobistego	
	Stan cywilny	
	Wykształcenie	brak ☐ ponadgimnazjalne ☐ podstawowe ☐ pomaturalne ☐ gimnazjalne ☐ wyższe ☐
Status na rynku pracy	1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy (w rozumieniu Ustawy z dnia 20.IV.2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy) jednocześnie: - niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, - zdolną do podjęcia zatrudnienia, - gotową do podjęcia zatrudnienia,	tak ☐ nie* ☐ tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐ *przejdź do pytania 2
	1.b Jestem osobą długotrwale bezrobotną	tak ☐ nie ☐
	1.c Inne	
	2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy	tak ☐ nie ☐
	2.a Jestem osobą długotrwale bezrobotną	tak ☐ nie* ☐ *przejdź do pytania 3
	2.b Inne	



	3. Jestem osobą bierną zawodowo (pozostającą bez zatrudnienia, ale nie osobą bezrobotną):		tak ☐ nie * ☐ *przejdź do pytania 4
	3 a. Uczę się w systemie:		dziennym ☐ zaocznym ☐ wieczorowym ☐ nie dotyczy ☐
	3.b Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		tak ☐ nie ☐
	3 c Inne (jakie.....)		tak ☐ nie ☐
	4. Jestem osobą pracującą		tak ☐ nie ☐
	4 a Wykonywany zawód		
	4 b Zatrudniony w		
	5. Jestem rolnikiem		tak ☐ nie ☐
Adres zameldowania stałego	Ulica		
	Nr domu		
	Nr lokalu		
	Miejscowość		
	Kod pocztowy, poczta		
	Powiat		
	Województwo		
Dane kontaktowe	Ulica, Nr domu, Nr lokalu		
	Kod pocztowy, poczta		
	Proszę o wypełnienie jeżeli dane te SĄ INNE niż w tabeli Adres zameldowania		
	Telefon stacjonarny		
	Telefon komórkowy		
	Adres poczty e-mail		
Status uczestnika	Osoba obcego pochodzenia		tak ☐ nie ☐
	Osoba z państwa trzeciego		tak ☐ nie ☐
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej		tak ☐ nie ☐ odmowa podania informacji ☐



	<i>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</i>	<i>tak</i> ☐ <i>nie</i> ☐
	<i>Osoba z niepełnosprawnościami</i>	<i>tak</i> ☐ <i>nie</i> ☐ <i>odmowa podania informacji</i> ☐
	<i>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</i>	<i>tak</i> ☐ <i>nie</i> ☐
	<i>Jeśli tak, to w jakiej?.....</i>	

Z jakich form pomocy Pan(i) korzysta w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej?

☐ *porady prawne* ☐ *dodatki mieszkaniowe*

☐ *porady psychologiczne* ☐ *wsparcie finansowe*

☐ *zajęcia w świetlicy środowiskowo-socjoterapeutycznej* ☐ *z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa*

☐ *świadczenia rodzinne lub wychowawcze*

☐ *nie korzystam z pomocy* ☐ *inne**

.....

.....

.....

.....

**w przypadku zaznaczenia inne napisać z jakich form wsparcia Pan(i) korzysta*



Czy Pan(i) doświadcza wykluczenia społecznego lub jest Pan(i) zagrożona wykluczeniem społecznym z powodu co najmniej jednej z przesłanki określonej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej?

- ☐ ubóstwa ☐ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego
- ☐ sieroctwa ☐ alkoholizmu lub narkomanii
- ☐ bezdomności ☐ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- ☐ bezrobocia ☐ klęski żywiołowej lub ekologicznej
- ☐ niepełnosprawności
- ☐ długotrwałej lub ciężkiej choroby
- ☐ przemocy domowej
- ☐ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi
- ☐ bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeni gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych
- ☐ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z nadaniem mu statusu uchodźcy

Dodatkowe informacje:

a) Uzasadnienie wyboru uczestnictwa w projekcie:

b) Specjalne potrzeby Pana/Pani (w tym w związku z niepełnosprawnością):

*Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:*

- a) *Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,*
- b) *Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania kontraktu socjalnego w ramach projektu,*
- c) *Oświadczam, że nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego na lata 2021-2027, w okresie udziału w projekcie pt.: „Moja rodzina” realizowanego przez **Gminę Skarżysko-Kamienna/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej**,*
- d) *Deklaruję uczestnictwo w wsparciu wynikającym z indywidualnej diagnozy potrzeb,*
- e) *Udzielam Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Skarżysku Kamiennej nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć i filmów z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć i filmów, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej działalnością,*
- f) *Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu „Moja rodzina” i umowy FESW.09.05-IZ.00-0034/23(ustawa z dnia 10maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2019 r. poz. 1781). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”, Udostępnione informacje podlegają ochronie zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenia o ochronie danych),*
Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym kontakt jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: sylwia@mops.skarkam.pl lub pod nr tel. 41 25 29 111. Zakres przetwarzanych danych osobowych wynika z wypełnionego przez Państwa formularza rekrutacyjnego w Projekcie "Moja rodzina". Dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do końca realizacji wskazanych powyżej celów z zastrzeżeniem, że okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przepisami powszechnie obowiązującego prawa. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje prawo do: dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, sprostowania, uzupełnienia, ograniczenia przetwarzania, usunięcia swoich danych osobowych, wniesienia skargi do PUODO."
- g) *Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Moja rodzina” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,*
- h) *Jestem świadomy/a, że złożenie Kwestionariusza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.*



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

*Data i podpis osoby przyjmującej
oświadczenie*

*Data i własnoręczny podpis osoby
składającej oświadczenie**

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