

Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.:
„Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn.: „Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej”

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
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.

**FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I NIEBIESKIM DŁUGOPISEM
ODPOWIEDNIE POLA „□” ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”**

W imieniu osoby małoletniej, starszej lub osoby z niepełnosprawnością, która ze względu na swój stan zdrowia lub niepełnosprawność nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, formularz jest uzupełniany i podpisywany przez opiekuna lub pełnomocnika.

UWAGA:

1. Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa” w projekcie dostępnym na stronie internetowej www.cus.skarkam.pl, lub w biurze projektu.
2. Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie – nie należy łączyć sposobów wypełniania formularza.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku dokonania pomyłki i skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

I. DANE PODSTAWOWE KANDYDATA/KI

Imię i nazwisko:													
Data urodzenia:												Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
PESEL:													
Brak PESEL – inny identyfikator:													
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna											
Obywatelstwo:													

II. DANE TELEADRESOWE KANDYDATA/KI

Miejscowość:												
Ulica:							Nr domu:			Nr lokalu:		
Kod pocztowy:			-				Poczta:					
Gmina:							Powiat:					
Województwo:							Narodowość:					
Obszar zamieszkania:	<input type="checkbox"/> obszar wiejski	<input type="checkbox"/> obszar miejski										
E-mail:							Telefon:					

III. WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/KI

(zaznacz 1 z poniższych)

ISCED 0 – 2 Średnie I stopnia (brak, podstawowe, gimnazjalne)	<input type="checkbox"/>
ISCED 3 – 4 Średnie II stopnia (ponadgimnazjalne, policealne)	<input type="checkbox"/>
ISCED 5 – 8 Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich, doktoranckich)	<input type="checkbox"/>

IV. STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU¹

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo , w tym:	<input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osobą uczącą się/odbywającą kształcenie <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> osoba pracująca , w tym:	<input type="checkbox"/> prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> pracującą w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracującą w MMŚP <input type="checkbox"/> pracującą w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> pracującą na uczelni <input type="checkbox"/> pracującą w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> pracującą w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> pracującą w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> pracującą w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> pracującą dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna , w tym:	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> inne

Jestem osobą obcego pochodzenia / nie posiadam polskiego obywatelstwa. Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, 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
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	


Jestem osobą z państw trzecich / obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej. Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	

Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	

Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	

¹ Wskaźniki wspólne dla wszystkich projektów współfinansowanych z EFS+



Jestem osobą z niepełnosprawnościami. (w przypadku odpowiedzi TAK - należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument równoważny, poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych		
<p>Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności - jeżeli dotyczy.</p> <p>- należy określić dodatkowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności, które wiążą się z oczekiwaniami wobec Zespołu Projektowego (zarówno na etapie rekrutacji, jak i podczas dalszej realizacji zadań) aby mógł dostosować wsparcie do indywidualnych potrzeb uczestnika zgodnie z zasadą racjonalnych usprawnień.</p> <p>Przykłady takich usprawnień to m.in.: tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury komputerowej (np. programy powiększające lub synteza mowy), osoba asystująca czy odpowiednie dostosowanie wyżywienia (należy wskazać konkretne wymagania).</p>		
		
<p>Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych / potrzeba zapewnienia usługi transportowej:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>		
<p>Alternatywne formy materiałów szkoleniowych:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>		
<p>Inne, jakie:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>		

V. STATUS KANDYDATA/KI W KONTEKŚCIE SPEŁNIENIA WYMAGAŃ / ZAŁOŻEŃ PROJEKTOWYCH

Spełniam/nie spełniam niżej wymienionych kryteriów dostępu (tzw. formalnych):			
1.	<p>Zamieszkuję, uczę się, pracuję na obszarze miasta Skarżysko – Kamienna w woj. świętokrzyskim (gminy miejskiej Skarżysko – Kamienna) w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (tj. na obszarze OSI – miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze i obszarze MOF Miasta Pótnocy).</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	<p>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w ramach Centrum Usług Społecznych.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. wniosku Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	<p>Kandydat/ka nie korzysta równocześnie z takiej samej formy wsparcia w innym projekcie, który jest współfinansowany z EFS+ lub ze środków krajowych.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Kryteria dodatkowe (tzw. premiujące):		(zaznacz „X” w właściwym „□”)
1.	<p>Należę do osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i/lub osób z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub osób z chorobami psychicznymi i/lub osób z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10²).</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności / orzeczenie równoważne, orzeczenie lub opinia z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej)</i></p>	<input type="checkbox"/>
2.	<p>Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. zaświadczenia z instytucji udzielającej pomocy lub oświadczenia Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/>
3.	<p>Jestem osobą zamieszkującą samotnie.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/>
4.	<p>Dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. zaświadczenia lub oświadczenia)</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.	<p>Jestem osobą w niekorzystnej sytuacji w tym osobą doświadczającą ubóstwa, wykluczoną społecznie (np. korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej) lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub zagrożoną takimi zjawiskami.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. zaświadczenia z instytucji pomocy społecznej / innej lub na podst. oświadczenia Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/>
6.	<p>Jestem osobą o utrudnionym dostępie do usług w obszarze zdrowia.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/>
7.	<p>Jestem osobą lub rodziną osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/>
8.	<p>Jestem osobą starszą.</p> <p><i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i></p>	<input type="checkbox"/>

2 Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.

VI. W RAMACH W/W PROJEKTU WNIOSKUJĘ O OBJĘCIE MNIE WSPARCIEM W ZAKRESIE:

(proszę zaznaczyć „X” w właściwym „□”)

Usługi z zakresu	Nazwa usługi	Grupy docelowe	Wnioskuje o usługę	
WSPARCIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ	Półkolonie profilaktyczno -edukacyjne dla dzieci - w okresie ferii zimowych - w okresie wakacji	Dzieci	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Usługi dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnym - indywidualna terapia sensoryczna - grupowy trening umiejętności społecznych - indywidualna terapia biofeedback - indywidualna terapia pedagogiczna - indywidualny trening ręki	Dzieci i młodzież	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Badania przesiewowe dla dzieci i młodzieży (wada postawy, diagnoza optometryczna)	Dzieci i młodzież	<input type="checkbox"/>	
	Usług Zdrowotnych Leczenie w ramach opieki długoterminowej kobiet po mastektomii (zabiegi rehabilitacyjne, drenaż limfatyczny)	Kobiety	<input type="checkbox"/>	
	WSPARCIA OSÓB STARSZYCH, OzN	Usługa transportu indywidualnego (tzw. door-to-door)	Seniorzy, OzN	<input type="checkbox"/>
		Usługi porządkowo – remontowe, w zakresie: - wykonania drobnych prac - gruntownego sprzątnięcia w miejscu zamieszkania	Seniorzy, OzN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Specjalistyczne usługi opiekuńcze, w zakresie: - usługi psychologiczne - usługi terapeutyczne (indywidualne i grupowe) - usługi pielęgniarstwa - usługi rehabilitacyjne / fizjoterapeutyczne - usługi dietetyczne		Seniorzy, OzN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PLANU ORGANIZOWANIA SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ	Inicjatywy edukacyjne i działania z zakresu profilaktyki prozdrowotnej oraz świadomość ekologiczna, kształtowania postaw antydyskryminacyjnych uczestników projektu i inne według POSL.	Osoby i rodziny objęte działaniami OSŁ	<input type="checkbox"/>	

VII. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- a) Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej**”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w regulaminie i w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
- b) Dobrowolnie zgłaszam swój udział do Projektu i w związku tym wyrażam zgodę na współpracę z pracownikami **Centrum Usług Społecznych w Skarżysku – Kamiennej** oraz podmiotami zaangażowanymi w realizację projektu, w tym przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- c) Deklaruję uczestnictwo w określonych formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym.
- d) W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu w formie pisemnej.
- e) Zostałem/am poinformowany/a, że:
 - ✓ przedmiotowy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
 - ✓ Wnioskodawcą/Realizatorem ww. projektu jest: **Gmina Skarżysko - Kamienna / Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej, ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko - Kamienna.**
 - ✓ złożenie niniejszego Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
 - ✓ biorąc udział w projekcie mam również obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- f) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 19 września 2019 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
- g) Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie, przekazane do **Centrum Usług Społecznych w Skarżysku – Kamiennej** stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
- h) Zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach wynikających z 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 i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, do celów związanych z realizacją i promocją projektu.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

--- (data i miejscowość) ---

--- Czytelny podpis Kandydata/ki lub jego/j opiekuna
/rodzica/ pełnomocnika ---

**VIII. WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pana/i danych osobowych jest: **Gmina Skarżysko – Kamienna / Centrum Usług Społecznych w Skarżysku – Kamiennej** z siedzibą **ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko-Kamienna**.
- 2) W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: **iodo@cus.skarkam.pl**
- 3) Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
- 4) Pana/i dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
- 5) Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/i osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej **www.cus.skarkam.pl**
- 6) Odbiorcami Pana/i danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów w ramach projektu przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
- 7) Podanie przez Pana/ią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
- 8) Przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
- 9) Osoba, której dane dotyczą ma prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

(data i miejscowość)

Czytelny podpis Kandydata/ki lub jego/j opiekuna
/rodzica/ pełnomocnika

Jeśli dotyczy opiekuna/rodzica/pełnomocnika:

Ja wyżej podpisany/-a oświadczam, że działam w imieniu i na rzecz -----
(imię i nazwisko uczestnika projektu, który

----- jako osoba upoważniona do reprezentowania jego/j interesów.
nie posiada zdolności do czynności prawnych)

IX. WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Data i godzina wpływu formularza rekrutacyjnego:		
Nr referencyjny formularza:		
----- /podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny/	----- (pieczęć Realizatora)	