**Załącznik nr 1 do Regulaminu Świadczenia Usług Lokalnego Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSÓB FIZYCZNYCH** |
| Tytuł projektu | **Lokalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – subregion żyrardowski** |
| Nr projektu | **RPMA.09.03.00-14-i809/21** |
| Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt | **IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem** |
| Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt | **9.3 Rozwój ekonomii społecznej** |

**Pola zaznaczone na szaro wypełnia pracownik Projektu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Uczestnik/czka | [ ]  Uczestnik/czka indywidualny/a **(osoba fizyczna przystępująca do projektu z własnej inicjatywy)** |
| [ ]  **Pracownik/czka lub przedstawiciel/ka instytucji/podmiotu objętego wsparciem w ramach Projektu -** Nazwa instytucji |
| 2. | Imię |  |
| 3. | Nazwisko |  |
| 4. | PESEL | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ □ nie nadano nr PESEL |
| 5. | Jeśli nie nadano PESEL, to wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 6. | Wykształcenie | [ ]  Niższe niż podstawowe[ ]  Podstawowe[ ]  Gimnazjalne[ ]  Ponadgimnazjalne[ ]  Policealne[ ]  Wyższe |
| 7. | Kraj | POLSKA |
| 8. | Województwo | MAZOWIECKIE |
| 9. | Powiat |  |
| 10. | Gmina |  |
| 11. | Miejscowość |  |
| 12. | Ulica |  |
| 13. | Numer budynku |  |
| 14. | Numer lokalu |  |
| 15. | Kod pocztowy |  |
| 16. | Telefon kontaktowy |  |
| 17. | Adres e-mail |  |
| 18. | Uczestniczyłam/em w projekcie w ramach PI 9i | [ ]  TAK[ ]  NIE lub NIE WIEM |
| 19. | Przynależność do gr. docelowej wg. SZOOP RPO WM 2014-2020, **nieuwzględnione** poniżej | [ ]  osoba ze społeczności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (środowisko, otoczenie osób zagrożonych wykl. społ.) |
| 20. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| 21. | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| 22. | Rodzaj przyznanego wsparcia | Usługa wsparcia ekonomii społecznej |
| 23. | Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | 🞏 TAK🞏 NIE |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika/czki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu**  |
| proszę zaznaczyć **jedną** z czterech poniższych opcji | dla wybranej opcji proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź |
| [ ]  **bezrobotna (nie pracująca) niezarejestrowana** w ewidencji urzędu pracy | Proszę zaznaczyć czy **długotrwale** bezrobotna (*wiek do 25 lat – bezrobotna nieprzerwanie ponad 6 m-cy; wiek - 25 lat i więcej – bezrobotna nieprzerwanie ponad 12 mcy*[ ]  TAK[ ]  NIE  |
| [ ]  **bezrobotna zarejestrowana** w ewidencji urzędu pracy | Proszę zaznaczyć czy **długotrwale** bezrobotna (*wiek do 25 lat – bezrobotna nieprzerwanie ponad 6 m-cy; wiek - 25 lat i więcej – bezrobotna nieprzerwanie ponad 12 mcy*[ ]  TAK[ ]  NIE |
| □ **bierna** zawodowo | Jeśli **bierna zawodowo**, to proszę zaznaczyć czy:[ ]  osoba ucząca się [ ]  osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ]  inne, jakie? …………………………………….. |
| □ **pracująca** | Jeśli **pracująca**, to proszę zaznaczyć czy:[ ]  osoba pracująca w administracji rządowej[ ]  osoba pracująca w administracji samorządowej[ ]  osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie[ ]  osoba pracująca w organizacji pozarządowej [ ]  osoba prowadząca działalność na własny rachunek[ ]  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie[ ]  w innym miejscu |
| Jeśli **pracująca**, to wykonywany zawód:[ ]  instruktor praktycznej nauki zawodu[ ]  nauczyciel kształcenia ogólnego[ ]  nauczyciel wychowania przedszkolnego[ ]  nauczyciel kształcenia zawodowego[ ]  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia[ ]  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej[ ]  pracownik instytucji rynku pracy[ ]  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego[ ]  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej[ ]  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej[ ]  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej[ ]  rolnik[ ]  inny zawód |
| Jeśli **pracująca**, to **Nazwa instytucji**, w której uczestnik/czka jest zatrudniony/a |

|  |
| --- |
| Jeśli jesteś **zarejestrowana/y** w PUP jako **POSZUKUJĄCA PRACY**  |
| [ ]  pracuję na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą |
| [ ]  pracuję na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia lub umowy o dzieło lub umowy o pomocy przy zbiorach albo wykonuję pracę w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych | [ ]  nie ukończyłam/em 30 roku życia [ ]  ukończyłam/em 50 lat [ ]  pozostały przedział wiekowy |
| [ ]  nie pracuję na podstawie żadnej umowy  |
| [ ]  nie dotyczy – nie jestem zarejestrowany/a w PUP |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika/czki w chwili przystępowania do projektu** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | [ ]  TAK  |
| [ ]  NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ]  TAK  |
| [ ]  NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego | [ ]  TAK |
| [ ]  NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (opisanej obok) | [ ]  TAK | * ma prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, tj.

- osoba samotnie gospodarująca, której dochód nie przekracza kwoty 776 zł lub - osoba w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 600 zł;* uzależniony/a od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;
* zwolniony/a z zakładu karnego, mająca/y trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
* uchodźca realizująca/y indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej
* osoba opuszczająca, po osiągnięciu pełnoletności, rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo - wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo – terapeutyczną
* osoba podlegająca ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym zakresie na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, której dochód wynosi nie więcej niż dochód z 6 hektarów przeliczeniowych.
* osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca co najmniej 1 przesłankę:
* długotrwałej lub ciężkiej choroby;
* przemocy w rodzinie;
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
* klęski żywiołowej lub ekologicznej;
* osoba przebywająca w pieczy zastępczej oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej;
* osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym / socjoterapii lub nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;
* członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
* osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
* osoba odbywająca karę pozbawienia wolności;
* osoba korzystająca z PO PŻ;
 |
| [ ]  NIE |

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe, i jestem pouczony, i świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| Miejscowość i data | Czytelny podpis uczestnika Projektu |

# Oświadczenie uczestnika Projektu

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Lokalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – subregion żyrardowski” oświadczam, że **przyjmuję do wiadomości**, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
	1. Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
	2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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 (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) – **dane osobowe są niezbędne dla realizacji** Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
		1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
		2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
		3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818);
	2. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
		1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
		2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
		3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
		4. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Lokalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – subregion żyrardowski”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Stowarzyszeniu Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych BORIS, ul. Warecka 4/6, 00-040 Warszawa oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
5. **Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;**
6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia (w tym niepełnosprawności), ujawniających pochodzenie etniczne, uzależnieniach oraz danych dotyczących sytuacji społecznej);

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| Miejscowość i data | Czytelny podpis uczestnika Projektu |

**Deklaracja uczestnictwa w Projekcie
„Lokalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – subregion żyrardowski”**

Ja, niżej podpisany/a: …………………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………..

Adres zamieszkania lub miejsca pracy lub miejsca nauki (na terenie woj. mazowieckiego)

1. **deklaruję przystąpienie** do udziału w projekcie „Lokalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej - subregion żyrardowski”, realizowanym przez Stowarzyszenie Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych BORIS, oraz akceptuję zasady uczestnictwa w projekcie.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, **oświadczam**, że:
3. zapoznałem/am się z Regulaminem Świadczenia Usług Lokalnego Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej, jego zapisy są dla mnie zrozumiałe,
4. jestem osobą uprawnioną do uczestnictwa w projekcie,
5. nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w ramach Działania 9.3 Rozwój ekonomii społecznej,
6. jestem świadomy/a, że mój udział w projekcie jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego, oraz z budżetu państwa, w ramach działania 9.3 Rozwój ekonomii społecznej, Priorytet IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem;
7. **zobowiązuję** **się** do:
8. przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie,
9. dostarczenia do Stowarzyszenie BORIS, na żądanie Stowarzyszenia BORIS, kserokopii odpowiednich dokumentów poświadczających mój status, np. zaświadczenie z PUP (dot. bezrobotnych i poszukujących pracy); zaświadczenie z ZUS (dot. osób niepracujących), orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dot. osób z niepełnosprawnościami), zaświadczenie ośrodka pomocy społecznej/ centrum usług społecznych (dot. korzystających ze pomocy społecznej) oraz innych niezbędnych zaświadczeń,
10. wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym, które odbędzie się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
11. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię Stowarzyszeniu BORIS dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
12. **□** wyrażam zgodę / **□** nie wyrażam zgody na nieodpłatne i bezterminowe wykorzystanie mojego wizerunku, głosu i wypowiedzi na różnych polach eksploatacji dla celów promocji projektu i jego rezultatów.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| Miejscowość i data | Czytelny podpis uczestnika Projektu |