

.....
Pieczęć OPS

Numer zgłoszenia: .../Klubu Seniora Suchedniów

Numer zgłoszenia: .../Klubu Seniora Michniów

Data i godzina złożenia formularza

(wypełnia OPS)

FORMULARZ REKRUTACYJNY
projekt „Kluby Seniora jako Ośrodki Wsparcia Dziennego w Mieście i Gminie Suchedniów”

złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu

| CZĘŚĆ I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| Imię (imiona) | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe branżowe) <input type="checkbox"/> ponadpodstawowe (średnie, zawodowe, <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | | | | | | |
| Nr domu | | | | | | Nr lokalu | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | Poczta | | | | | |
| Powiat | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | | | | | | | | | |
| STATUS NA RYNKU PRACY | | | | | | | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili | <input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | | | | | <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna | | | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> inne | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> Osoba należąca do III profilu pomocy | |
| | <input type="checkbox"/> Osoba należąca do I lub II profilu pomocy | |
| | <input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna |
| | | <input type="checkbox"/> inne |
| | <input type="checkbox"/> bierna zawodowo | <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| | | <input type="checkbox"/> ucząca się |
| <input type="checkbox"/> rencista/emeryt | | |
| | <input type="checkbox"/> inne | |
| Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <u>Spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:</u> - osoby z wykształceniem niższym niż podstawowe - byli więźniowie - narkomani - osoby z obszarów wiejskich | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| INFORMACJA O INDYWIDUALNYCH POTRZEBACH KANDYDATA/KANDYDATKI | | |
| Proszę zaznaczyć jakie dodatkowe usługi są niezbędne, aby mógł/mogła Pani/Pan skorzystać z oferty projektu? | <input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego <input type="checkbox"/> asystent <input type="checkbox"/> inne: | |
| Proszę wymienić specjalne, dodatkowe potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie | <input type="checkbox"/> opieka opiekuna faktycznego <input type="checkbox"/> inne: | |

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

CZĘŚĆ II.
O Ś W I A D C Z E N I E
dotyczące kryteriów dostępu określonych w rozdziale II § 1.pkt 1 Regulaminu

Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym i spełniam kryteria dostępu (obowiązkowe) określone w rozdziale II § 1. Regulaminu, niezbędne do zakwalifikowania się do projektu tj.:

- 1) mam ukończony 60 rok życia,
- 2) mieszkam na terenie na terenie Gminy Suchedniów,
- 3) posiadam status osoby niesamodzielnej.

Osoba niesamodzielna - która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

Czytelny podpis

CZĘŚĆ III.
O Ś W I A D C Z E N I E
dotyczące kryteriów dodatkowych określonych w rozdziale II § 1. pkt 2 Regulaminu

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria dodatkowe określone w rozdziale II § 1. pkt 2 Regulaminu:

| | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2 | Jestem osobą z niepełnosprawnością | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 3 | Jestem osobą, u której wśród członków najbliższej rodziny występuje niepełnosprawność | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 4 | Jestem osobą/rodziną, korzystając z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 5 | Jestem osobą, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z niżej wymienionych przesłanek (proszę podkreślić właściwe) ^{1, 2} a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej b) osoby z niepełnosprawnością, c) osoby z niepełnosprawnością w rodzinie, d) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; e) osoby bezdomne f) osoby uzależnione od alkoholu, g) osoby uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających, h) osoby chore psychicznie, i) osoby zwalniane z zakładów karnych, mające trudności w integracji ze środowiskiem, j) uchodźcy | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

.....
Miejscowość, data

Czytelny podpis

Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć:

1. Zaświadczenie z OPS
2. Orzeczenie/zaświadczenie o niepełnosprawności, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej ZUS do celów rentowych, zaświadczenie lekarza o chorobie psychicznej. Kopię w/w dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem oraz dostarczyć oryginał do wglądu. W przypadku braku możliwości uzyskania orzeczenia weryfikacja na podstawie oświadczenia.
3. Orzeczenie/zaświadczenie o niepełnosprawności członka najbliższej rodziny,
4. Zaświadczenie z OPS o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) ⁴

¹ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020;

² Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

CZĘŚĆ IV.
O Ś W I A D C Z E N I E
Klauzula Informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) uprzejmie informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miasto i Gmina Suchedniów reprezentowana przez Burmistrza Miasta i Gminy Suchedniów, 26-130 Suchedniów, ul. Fabryczna 5; Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchedniowie, 26-130 Suchedniów, ul. Fabryczna 5**

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych możliwy jest pod adresem e-mail jolanta.lutczyk@mgopssuchedniow.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.1 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych RODO do celów należących do zadań gminy tj:

- przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi,
- w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa;

6) Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie*.

7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa ul. Stawki 2, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pan dotyczących narusza przepisy RODO.

8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpoczęcia wypełniania obowiązku prawnego leżącego na administratorze danych osobowych.

9) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez administratora danych osobowych z zachowaniem wszelkich norm bezpieczeństwa przewidzianych dla ochrony danych osobowych

UWAGA*:

Prawo do usunięcia – bycia zapomnianym lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania czy prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie nie może być zrealizowane w przypadku, kiedy dane przetwarzane są w oparciu o przepisy prawa stosowanego w postępowaniach w określonych komórkach organizacyjnych. Prawo do przeniesienia danych stosuje się, jeśli przetwarzanie opiera się na podstawie zgody lub umowy. Nie obejmuje ono administratorów, którzy przetwarzają dane niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznych lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie przez Miasto i Gminę Suchedniów / Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchedniowie moich danych osobowych w związku z rekrutacją do projektu: „Kluby Seniora jako ośrodki wsparcia dziennego w mieście i gminie Suchedniów”, nr RPSW.09.02.01-26-0064/19”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku w formie zdjęć z zajęć organizowanych przez Klub Seniora w gminie Suchedniów.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

