



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Instrukcja wypełniania Formularza:

1. Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie DRUKOWANYMI LITERAMI wymaganych informacji.
3. Obowiązkowe jest właściwe wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznego podpisu na końcu dokumentu.

DATA WPŁYWU FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO		GODZINA WPŁYWU FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENT			
NUMER REKRUTACYJNY			

- Osoba z niepełnosprawnościami (OZN)
- Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej (OZW)
- Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (OPW)

PODSTAWOWE DANE:

IMIĘ										
NAZWISKO										
OBYWATELSTWO	<input type="checkbox"/> OBYWATELSTWO POLSKIE <input type="checkbox"/> BRAK POLSKIEGO OBYWATELSTWA – OBYWATEL KRAJU UE <input type="checkbox"/> BRAK POLSKIEGO OBYWATELSTWA LUB UE – OBYWATEL KRAJU SPOZA UE/BEZPAŃSTWOWIEC									
PESEL										
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŹNA				
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)									



ADRES ZAMIESZKANIA:			
KRAJ		WOJEWÓDZTWO	
POWIAT		GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
ULICA			
NR BUDYNKU		NR LOKALU	
TELEFON KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			
ADRES DO KORESPONDENCJI:			
KRAJ		WOJEWÓDZTWO	
POWIAT		GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
ULICA			
NR BUDYNKU		NR LOKALU	
POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:			
<p>Świadoma/my odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że w chwili przystąpienia do projektu <u>spełniam</u> następujące kryteria:</p>			
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W PUP*, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE <p><i>* jeżeli jest Pan / Pani osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP , proszę dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy poświadczające status osoby bezrobotnej</i></p>		
	<input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> INNE <input type="checkbox"/> UCZĄCA SIĘ (DATA ZAKOŃCZENIA EDUKACJI:) <input type="checkbox"/> NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU <p><i>* jeżeli jest Pan / Pani osobą bierną zawodowo, proszę dołączyć zaświadczenie poświadczające status osoby biernej</i></p>		
<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK <input type="checkbox"/> W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ 			



	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> W MMŚP <input type="checkbox"/> W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE <input type="checkbox"/> W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ <input type="checkbox"/> W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA) <input type="checkbox"/> W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA) <input type="checkbox"/> W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA) <input type="checkbox"/> NA UCZELNI <input type="checkbox"/> W INSTYTUCIE NAUKOWYM <input type="checkbox"/> W INSTYTUCIE BADAWCZYM <input type="checkbox"/> W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ <input type="checkbox"/> W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM <input type="checkbox"/> DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI <input type="checkbox"/> NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ <input type="checkbox"/> INNE
<p>JESTEM OSOBĄ NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ/ ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
<p>JESTEM OSOBĄ BEZDOMNĄ LUB DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA <p><i>* jeżeli TAK, proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia</i></p>
<p>W ZWIĄZKU Z RODZAJEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MÓJ UDZIAŁ W PROJEKCIE WARUNKUJĄ NASTĘPUJĄCE USPRAWNIENIA (Proszę wymienić konieczne do zastosowania udogodnienia, które są niezbędne, aby mógł Pan/mogła Pani uczestniczyć w projekcie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/> MÓJ PEŁNY UDZIAŁ W PROJEKCIE WYMAGA NASTĘPUJĄCYCH USPRAWNIENIÓW:



JESTEM OSOBĄ W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ, KTÓRA BIERZE LUB BRAŁA UDZIAŁ W PROCESIE LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO, PSYCHOLOGICZNEGO LUB PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> * jeżeli TAK, proszę dołączyć kserokopię zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OPIEKUNEM OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ Z PROGRAMU FE PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ WYKLUCZONĄ KOMUNIKACYJNIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



<p>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ, KTÓRA OPUŚCIŁA JEDNOSTKĘ PENITENCJARNĄ W TERMINIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ, KTÓRA OPUŚCIŁA PLACÓWKĘ OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ (np. DPS)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM UCZESTNIKIEM INNEGO PROJEKTU REALIZOWANEGO W RAMACH FEDS</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE *jeżeli TAK, proszę wskazać nazwę projektu i jego Realizatora</p>

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja niżej podpisana/-y..... [imię i nazwisko],
wyrażam deklarację mojego udziału w projekcie „**POMOCNIK II**” i potwierdzam prawdziwość podanych
przez mnie danych osobowych zawartych w FORMULARZU REKRUTACYJNYM, jak również w innych
dokumentach dotyczących Projektu. Zobowiązuję się do:

- podpisywania list obecności na spotkaniach, warsztatach, itp.;
- wypełniania ankiet i udzielania informacji do badań ewaluacyjnych;
- dostarczenia umowy o pracę/umowę zlecenia/umowy o dzieło/ wpisu do CEIDG w przypadku podjęcia zatrudnienia w trakcie lub do trzech miesięcy po zakończeniu projektu

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowany/-a, iż projekt ten jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska 2021-2027, Priorytet 7, Działanie 7.5 Aktywna Integracja.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**POMOCNIK II**” i akceptuję wszystkie jego zapisy.

<p>MIEJSCOWOŚĆ I DATA</p>	
<p>PODPIS</p>	



ZGODA NA PRZETWARZANIE SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie danych wynikających wprost z formularza wyłącznie przez:

- Instytucja Pośrednicząca: Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, ul. Ogrodowa 5B, 58-306 Wałbrzych,
- Lider Projektu: Fundacja „RADUGA”, ul. Grodzka 76, 59-220 Legnica,
- Partner Projektu: Fundacja Centrum Terapii i Rozwoju, ul. Grodzka 76, 59-220 Legnica,
- Partner Projektu: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworze, ul. Legnicka 12, 59-400 Jawor,
- Partner Projektu: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy, ul. Poselska 13, 59-220 Legnica,

w celach realizacji projektu pn. „**POMOCNIK II**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-ny, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

MIJSCOWOŚĆ I DATA

**PODPIS OSOBY
WYRAŻAJĄCEJ ZGODĘ**

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO w ramach FEDS 2021-2027

Zgodnie z art. 13 i 14 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) w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021- 2027 z dnia 28 kwietnia 2022 r., zwanej dalej ustawą wdrożeniową oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu w ramach programu FEDS 2021-2027

pn. „**POMOCNIK II**” informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

- 1) Administratorem Pani/ Pana danych jest
 - *Instytucja Pośrednicząca: Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, ul. Ogrodowa 5B, 58-306 Wałbrzych,
 - *Lider Projektu: Fundacja „RADUGA”, ul. Grodzka 76, 59-220 Legnica,
 - *Partner Projektu: Fundacja Centrum Terapii i Rozwoju, ul. Grodzka 76, 59-220 Legnica,
 - *Partner Projektu: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworze, ul. Legnicka 12, 59-400 Jawor,
 - *Partner Projektu: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Legnicy, ul. Poselska 13, 59-220 Legnica,
- 2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można się kontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: iod@dwup.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są/będą w celu przeprowadzenia weryfikacji wniosku o dofinansowanie, zawarcia umowy/porozumienia / podjęcia decyzji o dofinansowaniu, monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, działań informacyjno – promocyjnych, ewaluacji, zarządzania finansowego, kontroli, audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników, udzielania wsparcia, kwalifikowalności wydatków, rejestracji i przechowywania w formie elektronicznej danych dotyczących projektu, wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów, wykrywania nieprawidłowości, nakładania korekt finansowych, odzyskiwania środków wyptaconych w związku z realizacją projektu, rozliczania finansowego projektu na etapie weryfikacji wniosków o płatność w ramach FEDS 2021-2027.
- 4) Podstawami prawnymi przetwarzania danych osobowych w ww. celach są:
 - a) zawarcie umowy lub działania prowadzące do zawarcia takiej umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO – jeśli dotyczy,



- b) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c lub e, art. 9 ust. 2 lit. g oraz art. 10 RODO w związku z ustawą wdrożeniową, art. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. U. UE. L. z 2021 r. Nr 231, str. 159 z późn. zm.) oraz w związku z art. 6 ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny PLUS (EFS+) oraz uchylającego rozporządzenie UE nr 1296/2013 rozporządzenia EFS+,
- d) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1056 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji,
- e) ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93,
- f) ustawa z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego,
- g) ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa w pkt. 3, a w szczególności do czasu rozliczenia i zamknięcia programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 oraz do czasu zakończenia archiwizacji dokumentacji.
 - 6) Na podstawie art. 89 ust. 1 ustawy wdrożeniowej dostęp do danych osobowych i informacji gromadzonych przez IP DWUP, przysługuje ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, wykonującemu zadania państwa członkowskiego, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, instytucjom zarządzającym, instytucjom pośredniczącym, instytucji audytowej, a także podmiotom, którym wymienione podmioty powierzają realizację zadań na podstawie odrębnej umowy, w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów ustawy wdrożeniowej.
 - 7) Podmioty, o których mowa w pkt 6 udostępniają sobie nawzajem dane osobowe niezbędne do realizacji ich zadań, w szczególności przy pomocy systemów teleinformatycznych.
 - 8) Państwa dane osobowe mogą zostać udostępnione przez IP DWUP m.in. podmiotom zaangażowanym w szczególności w: proces audytu, ewaluacji kontroli w ramach FEDS 2021-2027, zgodnie z nałożonymi na IP DWUP obowiązkami, na podstawie m.in. aktów prawnych wskazanych w pkt. 4.
 - 9) Posiadają Państwo prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego oraz celów archiwalnych w interesie publicznym. Ponadto mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych w ramach FEDS 2021-2027, osobie której dane są przetwarzane nie przysługuje prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych.
 - 10) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. lub inne przepisy prawa regulujące kwestię ochrony danych osobowych.
 - 11) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie;
 - 12) Pani/Pana dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

MIJSCOWOŚĆ I DATA

IMIĘ I NAZWISKO, PODPIS



KARTA WERYFIKACJI FORMALNEJ I KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA

WERYFIKACJA FORMALNA	Kompletność wszystkich danych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (do uzupełnienia)
	Podpisy pod wszystkimi oświadczeniami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (do uzupełnienia)
	<input type="checkbox"/> zaświadczenie od lekarza o stanie zdrowia (w przypadku osoby z zaburzeniem psychicznym) <input type="checkbox"/> zaświadczenie osoby zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy (w przypadku osoby oświadczającej, że jest osobą zarejestrowaną w PUP) <input type="checkbox"/> umowa o pracę w przypadku osób pracujących lub stosowne zaświadczenie <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający przynależność do grupy osób biernych zawodowo- właściwe zaświadczenie z ZUS (w tym ZUS PUE) <input type="checkbox"/> oświadczenie osoby korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie od lekarza o stanie zdrowia (w przypadku osoby oświadczającej niepełnosprawność) <input type="checkbox"/> inne dokumenty	
KANDYDAT SPEŁNIA KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
DATA ORAZ CZYTELNY PODPIS OSOBY WERYFIKUJĄCEJ FORMULARZREKRUTACYJNY		