



Załącznik 1 – FORMULARZ REKRUTACYJNY

FORMULARZ dla Uczestnika/czki projektu	
Tytuł Projektu	„PGR – Pomoc Generuje Rozwój”
Nr Projektu	FEPZ.06.19-IP.01-0014/25
Nr naboru	FEPZ.06.19-IP.01-001/23
Oś priorytetowa	FEPZ.06.00
Działanie	FEPZ.06.19
Wnioskodawca/ Realizator	Gmina Złocieniec/MGOPS w Złocieniu
Zakres interwencji	Działania w celu zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIAĆ **DRUKOWANYMI LITERAMI**, A POLA WYBORU ZAZNACZAĆ „X”

I	Dane uczestnika/ czki	Uczestnik/czka:	<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z usług opiekuńczych <input type="checkbox"/> osoba świadcząca usługi opiekuńcze – pracownik Realizatora <input type="checkbox"/> osoba- opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej/potrzebującej wsparcia
		Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju spoza UE / osoba bezpaństwowa
		Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel Instytucji /podmiotu
		Imię	
		Nazwisko	
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
		PESEL:	
		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
		Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) –(ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)



II	Dane teleadresowe	Województwo:	zachodniopomorskie
		Powiat:	drawski
		Gmina:	Złocieniec
		Miejscowość:	
		Obszar wg stopnia urbanizacji DEGURBA :	2
		Ulica, nr budynku/lokal::	
		Kod pocztowy :	
		Telefon kontaktowy¹:	
		Adres mailowy (DRUKOWANYMI):	
III	Szczegóły wsparcia	Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
		Data zakończenia udziału w projekcie: (Uzupełnia Realizator)	
		Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA w tym <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się /odbywające kształcenie <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA, w tym : <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność lecniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne



IV	Status uczestnika projektu	OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda 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
		OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMOCJI
		OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK w tym <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany lub znaczny <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMOCJI
V	Specjalne Potrzeby	Jako Uczestnik/Uczestniczka zgłaszam potrzebę zapewnienia dostępności	<input type="checkbox"/> Dostosowania przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową <input type="checkbox"/> Dostosowanie opieki podczas form wsparcia z uwagi na niepełnosprawność / stan zdrowia <input type="checkbox"/> Zapewnienia specjalistycznych form materiałów, w tym materiałów przygotowanych łatwym językiem <input type="checkbox"/> Zapewnienia systemu wspomagającego słyszenie <input type="checkbox"/> Zapewnienia tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> Zapewnienia tłumacza języka ukraińskiego <input type="checkbox"/> Zapewnienia specjalnej diety przy poczęstunku, tym wykluczenia pokarmowe :..... <input type="checkbox"/> inne:..... <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu



.....
czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego
małoletniego uczestnika projektu/osoby niesamodzielnej

Załącznik 2

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a),

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały(a)

.....
(adres zamieszkania: kod miejscowości, ulica, numer domu/mieszkania)

Deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie pn.: „**PGR – Pomoc Generuje Rozwój**”, nr: **projektu FEPZ.06.19-IP.01-0014/25** współfinansowanym w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Działanie 6.19 FEPZ 2021-2027, którego wnioskodawcą/realizatorem jest: **Gmina Złocieniec /MGOPS w Złocieniu**.

1. Oświadczam, że:

- a) zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn.: **PGR – Pomoc Generuje Rozwój**, nr: **projektu FEPZ.06.19-IP.01-0014/25** (zwanego dalej „Regulaminem”), akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
 - b) spełniam warunki kwalifikacji jako przedstawiciel grupy docelowej wskazanej w Regulaminie.
 - c) zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
 - d) zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu projektu ze środków UE i budżetu państwa,
2. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
 3. Zobowiązuję się do bieżącego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach dotyczących moich danych zawartych w dokumentach przedłożonych w trakcie rekrutacji i realizacji Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących mieć wpływ na dalszy udział w Projekcie.
 4. **Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji- jeżeli dotyczy.**

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu/
opiekuna prawnego – jeżeli dotyczy



Załącznik nr 3

KLAUZULA INFORMACYJNA

.....
(imię i nazwisko Uczestnika/czki)

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

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. : „**PGR – Pomoc Generuje Rozwój**”, nr: **projektu FEPZ.06.19-IP.01-0014/25** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. **Gmina Złocieniec/Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Złocieniu**, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – podmiotom wykonującym wsparcie w projekcie na zlecenie Wnioskodawcy i Realizatora.
2. 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 FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
 - a) 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;
 - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn.: „**PGR – Pomoc Generuje Rozwój**”, nr: **projektu FEPZ.06.19-IP.01-0014/25**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.



5. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
6. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
 - a) iod@mgops.zlocieniec.pl
 - b) iod@wup.pl
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
11. Przysługuje mi prawo ograniczenia przetwarzania pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
12. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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



Załącznik nr 4

KARTA OCENY KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM
w projekcie pt.: „PGR – Pomoc Generuje Rozwój”, nr: projektu
FEPZ.06.19-IP.01-0014/25

Potwierdzenie kwalifikowalności : wypełnia Realizator

Imię i nazwisko Uczestnika/uczestniczki :

Kryterium dostępu	
osoba zamieszkała zgodnie z KC na terenie Gminy Złocieniec	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba korzystająca z usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba świadcząca usługi opiekuńcze – pracownik Realizatora	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z potwierdzeniem braku udziału w innym projekcie społeczno-zawodowym EFS plus (zweryfikowane w Systemie SM na dzień przystąpienia do projektu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kryteria preferencji	
Osoba z niepełnosprawnościami w stopniu znacznym lub umiarkowanym +10 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kobieta +3 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Łącznie pkt premiujące	

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika /uczestniczki w ramach projektu

.....
Podpis w imieniu realizatora



Złocieniec, dnia

Ja, niżej podpisana/y
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

Oświadczam, iż jestem opiekunem faktycznym dla:
(imię i nazwisko)

..... uczestnika/czki projektu *pt.: „PGR – Pomoc Generuje Rozwój”*
(PESEL)

nr: projektu FEPZ.06.19-IP.01-0014/25

.....
(podpis opiekuna faktycznego)