

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

Załącznik nr 1.1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
- OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ -**

Informacje o projekcie

Lp.	Nazwa	
1.	Tytuł projektu	<i>Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością</i>
2.	Nr projektu	RPDS 09.02.01-02-0024/16
3.	Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest projekt	9. Włączenie społeczne
4.	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt	9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych
5.	Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt	9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne

Dane osobowe kandydata/uczestnika projektu¹:

Lp.	Nazwa	
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY
3.	Nazwa instytucji	NIE DOTYCZY
4.	Imię	
5.	Nazwisko	
6.	Numer PESEL	
7.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (liczba pełnych skończonych lat, obliczona na dzień złożenia Formularza)	
9.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe [Brak formalnego wykształcenia] <input type="checkbox"/> Podstawowe [Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej] <input type="checkbox"/> Gimnazjalne [Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej] <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne [Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)] <input type="checkbox"/> Policealne, pomaturalne [Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym]

¹ Status uczestnika projektu osoba nabywa z po wydaniu decyzji kwalifikującej przez Komisję Rekrutacyjną.

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

25.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI										
26.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących Jeśli zaznaczono TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu										
27.	Osoba żyjąca w gospodarstwie, bez osób pracujących, składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										
28.	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										
29.	Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI										
30.	Osoba z niepełnosprawnością tj. osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)										
31.	W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</th> <th>Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy</td> <td><input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy</td> <td><input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji</td> <td><input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie</td> <td><input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie</td> </tr> </tbody> </table>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności											
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim											
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym											
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia											
<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie											

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

32.	Osoba z zaburzeniami psychicznymi osoba chora psychicznie – wykazująca zaburzenia psychotyczne; upośledzona umysłowa, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)
33.	Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
34.	W tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
35.	osoba lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ww. Ustawy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
36.	osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
37.	osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo - wychowawczych, o których mowa w ustawie z dn. 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
38.	osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, zgodnie z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r, poz. 382 z późn. zm)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
39.	osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2015 r, poz. 2156 z późn. zm)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
40.	rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
41.	osoba niesamodzielną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
42.	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
43.	osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

W załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):

- zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej,

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

- kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności,
 inne _____

Oświadczenie uczestnika projektu

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/79 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 RODO) oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn. „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” przyjmuję do wiadomości, iż:

1) Administratorem moich danych jest:

- w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
- w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa

2) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

- Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail inspektor@umwd.pl;
- Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail iod@miir.gov.pl;

3) Moje dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;

4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych RODO - dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WD 2014 – 2020 na podstawie:

- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,

dotaddkowo w odniesieniu do zbioru „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020” na podstawie:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,

a w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” na podstawie:

- rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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



Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

- 5) Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja Pośrednicząca RPO WD 2014 – 2020, Beneficjent oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom lub specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WD 2014 – 2020, Instytucji Pośredniczącej RPO WD 2014 – 2020 lub beneficjenta badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu (dotyczy sytuacji, gdy obowiązek informacyjny realizowany jest wobec uczestników projektów);
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia RPO WD 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 8) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. 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;
- 9) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 10) Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 11) Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU*

Oświadczenie opiekuna prawnego/rodzica:

Ja, niżej podpisany/a

.....

legitymujący się dowodem osobistym seria nr

oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym/ rodzicem

.....

i wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w projekcie
pn. „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością”

.....
data

.....
czytelny podpis

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