**Formularz Zgłoszeniowy Osoby z Niepełnosprawnością w Okresie Trwałości Projektu „Profesjonalne usługi społeczne dla Osoby z Niepełnosprawnością”.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Realizator** | **Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego, ul. Długa 6, 58 – 100 Świdnica** |
| **Tytuł/nr** **projektu** | **„Profesjonalne usługi społeczne dla Osoby z Niepełnosprawnością”**  **RPDS 09.02.02-02-0010/16** |
| **Priorytet** | **9. Włączenie Społeczne** |
| **Działanie** | **9.2 Profesjonalne usługi społeczne dla Osoby z Niepełnosprawnością** |
| **Poddziałanie** | **9.2.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – ZIT WROF** |
| **Numer zgłoszeniowy** |  |
| **Data i godz. wpływu** |  |

**UWAGA:**

1. Formularz powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole formularza powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata, należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.

**FORMULARZ ZGŁOSZENOWY**

**Dane osobowe kandydata/uczestnika projektu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  | | | |
|  | Kraj | Polska | | | |
|  | Rodzaj uczestnika | INDYWIDUALNY | | | |
|  | Nazwa instytucji | NIE DOTYCZY | | | |
|  | Imię |  | | | |
|  | Nazwisko |  | | | |
|  | Numer PESEL |  | | | |
|  | Płeć | kobieta | | mężczyzna | |
|  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu  (liczba pełnych skończonych lat, obliczona na dzień złożenia Formularza) |  | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | |
| * MIEJSCE ZAMIESZKANIA | | | | | |
|  | Województwo | | dolnośląskie | | |
|  | Subregion | | □ jeleniogórski  □ wałbrzyski | | |
|  | Powiat | | □ Wrocław □ wrocławski  □ oleśnicki □ średzki  □ trzebnicki | | |
|  | Gmina | |  | | |
|  | Miejscowość | |  | | |
|  | Ulica | |  | | |
|  | Nr budynku | |  | | |
|  | Nr lokalu | |  | | |
|  | Kod pocztowy | |  | | |
|  | * Telefon kontaktowy | |  | | |
|  | * Adres e-mail | |  | | |
| STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | | | |
|  | Osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy | | TAK | | NIE |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy *(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)* | | TAK | | NIE |
|  | Osoba bezrobotna, niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  w tym długotrwale bezrobotna  niezarejestrowana *(tj. osoba bezrobotna*  *nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)* | | TAK  TAK | | NIE  NIE |
|  | Osoba bierna zawodowo | | TAK | | NIE |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | TAK | | NIE |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
|  | Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) | | TAK NIE | | |
|  | Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | TAK NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
|  | 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.) | | TAK NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI  (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji) | | |
|  | W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy | | **Zakład Ubezpieczeń Społecznych** | | **Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności** |
| częściowa  niezdolność do  pracy  całkowita  niezdolność do  pracy  całkowita  niezdolność do  pracy i  samodzielnej  egzystencji | | niepełnosprawność w stopniu lekkim  niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym  niepełnosprawność  w stopniu znacznym  orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia |
| nie posiadam  orzeczenia w tym  zakresie | | nie posiadam  orzeczenia w tym  zakresie |
|  | 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. | | TAK NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI    (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji) | | |
|  | Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | TAK NIE | | |
|  | W tym osoba zagrożona ubóstwem lub  wykluczeniem społecznym, doświadczająca  wielokrotnego wykluczenia społecznego | | TAK NIE | | |
|  | 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 | | TAK NIE | | |
|  | osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym | | TAK NIE | | |
|  | osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub  opuszczające 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 | | TAK NIE | | |
|  | osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, zgodnie z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postepowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r, poz. 382 z późn. zm) | | TAK NIE | | |
|  | 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) | | TAK NIE | | |
|  | 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 | | TAK NIE | | |
|  | osoba niesamodzielna | | TAK NIE | | |
|  | osoba bezdomna lub dotknieta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 | | TAK NIE | | |
|  | osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | | TAK NIE | | |

**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. „Profesjonalne usługi społeczne dla Osoby z Niepełnosprawnością”

………………. …………………………………………..

*data czytelny podpis*

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

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Zgodnie z **art. 13** Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego dalej „Rozporządzeniem”, Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Świdnicy informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego z siedzibą w Świdnicy, ul. Długa 6, 58 – 100 Świdnica, zwany dalej „Administratorem”.
2. Kontakt mail: [kontakt@sirr.pl](mailto:kontakt@sirr.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi (umowy zlecenie) na podstawie art. 6 ust.1 lit. b Rozporządzenia.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, w tym podmioty przetwarzające.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres:

Dokumentacja wynagrodzeń za umowy zlecenia – 10 lat.

1. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych zgodnie z przepisami Rozporządzenia.
2. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla zawarcia umowy.
4. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji (profilowaniu).
5. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
6. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych odbiorcy   
   w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS* |

|  |
| --- |
|  |