Formularz Zgłoszeniowy Osoby z Niepełnosprawnością w Okresie Trwałości Projektu „Asystent osoby z niepełnosprawnością dla Aglomeracji Jeleniogórskiej".

Realizator	**Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego, ul. Długa 6, 58 – 100 Świdnica**
Tytuł/nr projektu	**„Asystent osoby z niepełnosprawnością dla Aglomeracji Jeleniogórskiej"** **RPDS 09.02.03-02-0006/16**
Priorytet	**9. Włączenie Społeczne**
Działanie	**9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych**
Poddziałanie	**9.2.3 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – ZIT AJ**
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		
1.	Kraj	Polska	
2.	Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY	
3.	Nazwa instytucji	NIE DOTYCZY	
4.	Imię		
5.	Nazwisko		
6.	Numer PESEL		
7.	Płeć	□ kobieta	□ mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (liczba pełnych skończonych lat, obliczona na dzień złożenia Formularza)		

DANE KONTAKTOWE		
• MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
9.	Województwo	dolnośląskie
10.	Subregion	□ jeleniogórski □ wałbrzyski
11.	Powiat	□ Jelenia Góra □ jeleniogórski □ lwówecki □ złotoryjski
12.	Gmina	
13.	Miejscowość	
14.	Ulica	
15.	Nr budynku	
16.	Nr lokalu	
17.	Kod pocztowy	
18.	• Telefon kontaktowy	
19.	• Adres e-mail	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
20.	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	□ TAK □ NIE
21.	Osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy *(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*	□ TAK □ NIE
22.	Osoba bezrobotna, niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym długotrwale bezrobotna niezarejestrowana *(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)*	□ TAK □ NIE □ TAK □ NIE
23.	Osoba bierna zawodowo	□ TAK □ NIE
24.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	□ TAK □ NIE □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
25.	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	□ TAK □ NIE
26.	Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	□ TAK □ NIE

		☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
27.	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 ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)	☐ NIE
28.	W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy	**Zakład Ubezpieczeń Społecznych** ☐ częściowa niezdolność do pracy ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji ☐ nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	**Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności** ☐ 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
29.	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 ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)	☐ NIE
30.	Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ TAK	☐ NIE
31.	W tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	☐ TAK	☐ NIE
32.	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
33.	osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	☐ TAK	☐ NIE
34.	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
35.	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
36.	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
37.	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
38.	osoba niesamodzielna	☐ TAK	☐ NIE
39.	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
40.	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. „Asystent osoby z niepełnosprawnością dla Aglomeracji Jeleniogórskiej"

……. ……..
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
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.
6) 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.
7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla zawarcia umowy.
9) Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji (profilowaniu).
10) Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
11) Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

…….. ……..

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS*