

Minimalny zakres danych osobowych koniecznych do przetwarzania (zał. Nr 1)

## FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

w ramach projektu „Inkubator Szczęście”

CZĘŚĆ A. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU				
1.	Imię			
2.	Nazwisko			
3.	Płeć	K	<input type="checkbox"/>	M
4.	Data urodzenia			
5.	Osoba niepełnoletnia	tak	<input type="checkbox"/>	nie
6.	Imiona rodziców			
7.	PESEL			
8.	Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)			
9.	Obszar	miejski	<input type="checkbox"/>	wiejski
10.	Województwo	Warmińsko-mazurskie		
11.	Powiat	ełcki		
12.	Gmina	Ełk		
13.	Wykształcenie	-niższe niż podstawowe -podstawowe -gimnazjalne -ponadgimnazjalne -policealne -wyższe		
14.	Miejsce pracy			
15.	Zawód			
16.	Telefon stacjonarny/komórkowy			
17.	Adres e-mail			
B. DANE DOTYCZĄCE KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU – OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU				
Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2014-2020/ zatwierdzonym do realizacji Planem Działania/zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu.				

**Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikowalności projektu, a w uszczegółowieniu (w odpowiednim miejscu proszę wstawić znak X):**

18.	Kryteria kwalifikowalności / przesłanki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	Zamieszkuję teren Gminy Miejskiej Ełk	
		<p>Jestem członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej;</p> <p>Przesłanki określone w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; ( <u>podkreślić wybrane przesłanki dotyczące rodziny - jeśli dotyczy</u>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)ubóstwa;</li> <li>2)sieroctwa;</li> <li>3)bezdomności;</li> <li>4)bezrobocia;</li> <li>5)niepełnosprawności;</li> <li>6)długotrwałej lub ciężkiej choroby;</li> <li>7)przemocy w rodzinie;</li> <li>7a)potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li>8)potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li>9)bezzadności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li> <li>10)trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w <b>art. 159</b> <i>przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną</i> ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;</li> <li>11)trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</li> <li>12)alkoholizmu lub narkomanii;</li> <li>13)zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</li> <li>14)klęski żywiołowej lub ekologicznej.</li> </ol>	
		Jestem członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	
		Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	
		Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą	
		Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości	

		zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;	
		Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i/lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty;	
		Jestem osobą z niepełnosprawnością- w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniem/dzieckiem z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;	
		Jestem członkiem gospodarstwa domowego gdzie sprawowana jest opieka nad osobą z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością,	
		Jestem osobą niesamodzielną,	
		Jestem osobą bezdomną/ dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
		Jestem osobą/członkiem rodziny korzystającej z POPŻ	
19.	Status na rynku pracy	<b>Jestem os. bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji</b>	
		- w tym długotrwale bezrobotną	
		<b>Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji</b>	
		- w tym długotrwale bezrobotną	
		<b>Jestem osobą bierną zawodowo</b>	
		- w tym uczącą się	
		- inne	
		-nieuczestniczącą w kształceniu, szkoleniu	
		<b>Jestem osobą pracującą</b>	
		Przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów	
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)			

20.	Inne kryteria i priorytety rekrutacji	Jestem osobą/członkiem rodziny korzystającą/cej z innych projektów aktywizujących RPO WO 2014- 2020	
		Jestem osobą/ ze znacznym/umiarkowanym stopniem niepełnosprawności/ z niepełnosprawnością sprzężoną/osobą/ członkiem rodziny z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną/osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (dodatkowo w przypadku specjalnych potrzeb osoby niepełnosprawnej proszę o wpisanie zakresu potrzeb w tym np.: ew, konieczności dostosowania programu zajęć/wsparcia, materiałów szkoleniowych, organizacji transportu, organizacji mobilnego wsparcia, zakupu specjalnych pomocy dydaktycznych, zakupu specjalistycznego oprogramowania, sprzętu, lub innego dostosowania, np. w przypadku niepełnosprawności ruchowej ..... ..... ..... ..... .....	
		Jestem osobą/członkiem rodziny objętej nadzorem kuratora	
21.	<b>Specjalne potrzeby uczestnika celem dostosowania wsparcia</b> (np. możliwość organizacji transportu, mobilnego wsparcia z uwagi na oddalone tereny zamieszkiwania, specjalne godziny wsparcia, organizacja posiłków wg wskazanych diet, np. w przypadku wyjazdu, konieczność zapewnienia opieki nad dziećmi itp....	..... ..... ..... ..... .....	
<p>Oświadczam, że powyższe dane dotyczące danych osobowych i kwalifikowalności do projektu są zgodne z prawdą. Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.</p> <p>....., ..... 2022</p> <p>Miejscowość, dnia</p> <p>.....</p> <p>Czytelny podpis uczestnika/i/lub rodzica bądź opiekuna prawnego</p>			
<p><b>C. KRYTERIA REKRUTACJI RODZINY –</b></p> <p style="text-align: center;"><b>wypełnia członek Komisji Rekrutacyjnej</b></p> <p>na podstawie oświadczeń w części B oraz złożonych zaświadczeń/dokumentów potwierdzających kwalifikowalność uczestnika (zaświadczenie z PUP/OPS, zaświadczenie o stanie zdrowia i/lub inny dokument potwierdzający przesłankę z art. 7 ustawy o pomocy społecznej).</p>			
22.	Członek rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (3 i więcej przesłanek <b>-5 pkt</b> , 2 przesłanki <b>-2 pkt</b> ) (przesłanki określone w pkt. 18 części B Formularza zgłoszeniowego)		

	Członek rodziny/osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( <b>5 pkt</b> )	
	Członek rodziny korzystającej z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) ( <b>5 pkt</b> )	
	Członek rodziny objętej nadzorem kuratora ( <b>1 pkt</b> )	
	Członek rodziny wielodzietnej ( <b>2 pkt</b> )	
	<b>SUMA</b>	

Powyzsze kryteria zostaly potwierdzone dokladnym wywiadem i diagnoza sytuacji potwierdzajacej status uczestnika.

.....  
podpis czlonka Komisji Rekrutacyjnej

#### D . FORMY WSPARCIA UCZESTNIKÓW - wypełnia specjalista ds umowy na wzór kontraktu socjalnego

23.		<b>1. Poradnictwo specjalistyczne w tym:</b>	
		1) Prawno-obywatelskie	
		2) Rodzinne	
		3) Psychologiczne	
		4) Społeczno-obywatelskie	
		2. Wsparcie terapeutyczne dla osób i członków rodzin z problemami alkoholowymi i/lub współuzależnieniem	
		3. Szkoła dla Rodziców-warsztaty wsparcia rodzin w rozwiązywaniu problemów Opiekunczo-wychowawczych, zmierzające do świadomego i odpowiedzialnego podejmowania i realizacji funkcji wynikających z rodzicielstwa	
		4. Animacje dla rodzin z dziećmi- Usługi, mające na celu wzmocnienie więzi rodzinnych przy jednoczesnym rozwoju wiedzy lub kształtowaniu postaw, służących polepszeniu funkcjonowania rodziny	X
5. Treningi i warsztaty psychospołeczne - Wsparcie umiejętności społecznych rodzin			
6. Realizacja usług wspierających integrację rodzin ze środowiskiem lokalnym, prowadzących do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej i podejmowania działań na jej rzecz	X		

.....  
specjalista ds umów na wzór kontraktu socjalnego



24.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
25.	Data zakończenia udziału w projekcie <i>(Należy wpisać datę ostatniego dnia udziału w projekcie, np. szkolenia. Za datę zakończenia udziału w projekcie rozumie się również datę przerwania udziału w projekcie).*</i>	

**Oświadczam, że zostałam/em pouczone/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**  
Oświadczam również, że zapoznałem się z regulaminem rekrutacji

....., .....2022

Miejscowość, dnia

.....  
Podpis uczestnika/i/lub rodzica bądź opiekuna prawnego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Inkubator Szczęście” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2014-2020 przez Stowarzyszenie Monti w partnerstwie z Fundacją Rodzinna Stacja

Ja niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a .....

(adres zameldowania)

Nr PESEL: .....

dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie „Inkubator Szczęście” i oświadczam, że:

- a) spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w realizowanym projekcie „Inkubator Szczęście” zostałem/am poinformowany/a, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 RPWM.11.02.00 "Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym". *Poddziałania* RPWM.11.02.05 Ułatwienie dostępu do usług społecznych, w tym integracja ze środowiskiem lokalnym - projekt ZIT Ełk
  - b) Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie podanym w formularzu osobowym (*Załącznik nr 1 Minimalny zakres danych osobowych koniecznych do przetwarzania*) zgodnie z oświadczeniem uczestnika
  - c) Zostałem/łem 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
  - d) Wyrażam/nie wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w ramach realizowanego projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas spotkań, zajęć, wycieczek i innych zbiorowych zgromadzeń mogą zostać umieszczone na stronie internetowej Beneficjenta/Partnera projektu oraz wykorzystane w materiałach projektu.
- Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą.

Ełk, .....2022

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis

.....  
(imię, nazwisko)

.....  
(PESEL)

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

### dotyczące przetwarzania danych osobowych

W związku z przystąpieniem przeze mnie do Projektu

pn. „**Inkubator Szczęście**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: [iod@warmia.mazury.pl](mailto:iod@warmia.mazury.pl).
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
  - a) 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,
- b) 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,
  - c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 ;
  - d) 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 dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „**Inkubator Szczęście**”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu Projekt
- Stowarzyszenie Monti z siedzibą w Giżycku przy al. 1 Maja 4a/32, 11-500 oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – -Fundacja Rodzinna Stacja-Partner projektu; ul Główna 38-4, 58-312 Stare Bogaczowice,
- Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
7. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta \*\*.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
9. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.



10. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu
12. 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, zgodnie z zakresem danych określonych w *Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).

Ełk, ..... 2022

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA \*/PRAWNEGO OPIEKUNA

---

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