



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „W rodzinie siła!”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZINY DO PROJEKTU „W RODZINIE SIŁA!”
NR PROJEKTU: RPSW.09.02.01-26-0071/20

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz Zgłoszeniowy:

Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

CZĘŚĆ 1: DANE RODZICA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU

DANE PERSONALNE RODZICA

Imię/imiona rodzica: _____	Nazwisko rodzica: _____
Data urodzenia rodzica: _____	PESEL rodzica: _____
Płeć rodzica (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Obywatelstwo rodzica: _____	

ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

ADRES DO KORESPONDENCJI RODZICA (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski



DANE KONTAKTOWE RODZICA

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

OSWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA RODZICA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia rodzica):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) | <input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa) |
| <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa) |
| <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym) | <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) |

OSWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO RODZICA (właściwe zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE
3. Jestem osobą bierną zawodowo² TAK NIE
W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE
W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE
4. Jestem osobą pracującą³ TAK NIE

¹ Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

² Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

³ Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



zatrudnioną w:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> administracji rządowej | <input type="checkbox"/> administracji samorządowej | <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej |
| <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie | <input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie | <input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek |
| <input type="checkbox"/> inne | | |

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej | <input type="checkbox"/> rolnik |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? _____ | |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): _____

POZOSTAŁE INFORMACJE O RODZICU – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Ja rodzic należę do grupy osób zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym- tj. jestem:

- a) osobą/należę do rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej TAK NIE
- b) osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym TAK NIE
- c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej (w tym osobą przebywającą w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej) lub opuszczającą pieczę zastępczą lub należę do 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 TAK NIE
- d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich TAK NIE



e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f) osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h) osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
j) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
k) osobą korzystającą z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
zakres wsparcia w danym projekcie powieła działania, które ja/moja rodzina otrzymałem/otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK, powieła	<input type="checkbox"/> NIE, nie powieła
2. Ja rodzic jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkująca w myśl Kodeksu Cywilnego gminę Staszów w woj. świętokrzyskim	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Ja rodzic nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	<input type="checkbox"/> TAK, nie korzystam	<input type="checkbox"/> NIE
4. Posiadam w swojej rodzinie minimum 1 dziecko do 18 roku życia i zgłaszam jedno dziecko do udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

⁴ Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Do osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem do mieszkań nie są zaliczane osoby dorosłe mieszkające z rodzicami, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.



6. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE

7. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK NIE

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA RODZICA (zaznaczyć właściwe) :

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!”, numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0071/20), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie;
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!” (numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0071/20) oraz akceptuję zawarte w nim warunki;
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „W rodzinie siła!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis rodzica: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU (RODZICA)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**W rodzinie siła!**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
 - j) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
 - k) zachowania trwałości projektu,
 - l) archiwizacji.
- 3) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek ciążyący na administratorze (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 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO), wynikający z :

- a) art. 125 i 126 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
- c) art. 9 ust. 2 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. ustanawiające 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;
- e) art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- f) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego;
- g) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - GMINA STASZÓW/PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO W STASZOWIE - ŚWIETLICA JUTRZENKA, ul. Szkolna 14, 28-200 Staszów oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH, ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 5) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) Osobie, której dane osobowe są przetwarzane przysługuje:
 - prawo żądania dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 8) Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych, w szczególności do:
 - wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego,
 - celów archiwalnych w interesie publicznym,



mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych w ramach RPOWŚ 2014-2020, osobie której dane są przetwarzane nie przysługuje prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych.

- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego) oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później, bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Miejscowość i data: _____ Czytelny podpis rodzica: _____

SPECJALNE POTRZEBY RODZICA W ODNIESIENIU DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		



CZĘŚĆ 2: DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU

DANE PERSONALNE DZIECKA	
Imię/imiona dziecka: _____	Nazwisko dziecka: _____
Data urodzenia dziecka: _____	PESEL dziecka: _____
Płeć dziecka (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Obywatelstwo dziecka: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
ADRES DO KORESPONDENCJI DZIECKA (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA DZIECKA (właściwie zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia dziecka):	
<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza zawodowa)
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO DZIECKA (właściwe zaznaczyć):

1. Dziecko zgłaszane do projektu jest osobą bierną zawodowo⁵ TAK NIE

w tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE

w tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE

2. Dziecko zgłaszane do projektu posiada inny status- tj. jest osobą (wskazać jaką).....

POZOSTAŁE INFORMACJE O DZIECKU – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń ja rodzic/opiekun prawny dziecka, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Dziecko zgłaszane do projektu należy do grupy osób zagrożonych ubóstwem/wykluczeniem społecznym- tj. jest:

a) osobą należącą do rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej TAK NIE

b) osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym TAK NIE

c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej (w tym osobą przebywającą w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej) lub opuszczającą pieczę zastępczą lub należącą do 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 TAK NIE

d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich TAK NIE

e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty TAK NIE

⁵ Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowane już jako bezrobotna.



f) osobą z niepełnosprawnością (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g) członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h) osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁶	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
j) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
k) osobą korzystającą z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
zakres wsparcia w danym projekcie powieła działania, które dziecko/ rodzina dziecka otrzymała lub otrzymuje w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK, powieła	<input type="checkbox"/> NIE, nie powieła
2. Dziecko zgłaszane do projektu jest osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkuje w myśl Kodeksu Cywilnego gminę Staszów w woj. świętokrzyskim <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
3. Dziecko zgłaszane do projektu nie korzysta z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego <input type="checkbox"/> TAK, nie korzysta <input type="checkbox"/> NIE		
4. Dziecko zgłaszane do projektu jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
5. Dziecko zgłaszane do projektu jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
6. Dziecko zgłaszane do projektu jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

⁶ Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Do osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem do mieszkań nie są zaliczane osoby dorosłe mieszkające z rodzicami, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.



POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE DZIECKA (zaznaczyć właściwe) :

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zgłaszanego przeze mnie dziecka (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!”, numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0071/20), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że dziecko spełnia kryteria uprawniające je do udziału w w/w projekcie;
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!” (numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0071/20) oraz akceptuję zawarte w nim warunki w zakresie udziału dziecka w projekcie;
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „W rodzinie siła!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego dziecka: _____

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU (DOTYCZY DZIECKA ZAGŁASZNEGO DO PROJEKTU)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**W rodzinie siła!**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem danych osobowych dziecka jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem danych osobowych dziecka jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Dane osobowe dziecka będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
 - j) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
 - k) zachowania trwałości projektu,
 - l) archiwizacji.
- 3) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek ciążący na administratorze (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 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO),
wynikający z:
 - a) art. 125 i 126 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
- c) art. 9 ust. 2 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. ustanawiające 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;
- e) art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- f) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego;
- g) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- 4) dane osobowe dziecka zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - GMINA STASZÓW/PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO W STASZOWIE - ŚWIETLICA JUTRZENKA, ul. Szkolna 14, 28-200 Staszów oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I NIESAMODZIELNYCH, ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska. Dane osobowe dziecka mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 5) Dane osobowe dziecka mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) Osobie, której dane osobowe są przetwarzane przysługuje:
- prawo żądania dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 8) Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych, w szczególności do:
- wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego,
 - celów archiwalnych w interesie publicznym,
- mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych w ramach RPOWŚ 2014-2020, osobie której dane są przetwarzane nie przysługuje prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych.
- 9) Dane osobowe dziecka będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego) oraz



zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później, bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Miejscowość i data: _____ Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka: _____

SPECJALNE POTRZEBY DZIECKA W ODNIESIENIU DO UDZIAŁU W PROJEKcie (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy		
Proszę zaznaczyć usługę, której dziecko potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		



CZĘŚĆ 3: DANE DOTYCZĄCE RODZINY Z KTÓREJ POCHODZI RODZIC I DZIECKO ZGŁASZANI DO PROJEKTU

INFORMACJE O RODZINIE – jako rodzic zgłaszający rodzinę, siebie i dziecko do udziału w projekcie, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Rodzina, z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu posiada statusu rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych TAK NIE
2. Rodzina, z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu posiada statusu rodziny/osób korzystających ze wsparcia Świetlicy „JUTRZENKA” (z PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO W STASZOWIE) lub jednej z jej 10 filii (filii Staszów ul. Szkolna/ Staszów ul. Jana Pawła/ Wólka Żabna/ Wola Osowa/ Kurozwęki/ Niemścice/ Sielec/ Dobra/ Czajków/ Wiązownica Kolonia) TAK NIE
3. W rodzinie, z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu występuje niepełnosprawność rodzica lub dziecka TAK NIE
4. W rodzinie, z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu występuje wielodzietność TAK NIE
5. W rodzinie, z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu występuje samotne wychowywanie dziecka TAK NIE
6. Dochód rodziny z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę w rodzinie) o którym mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej TAK NIE
7. W rodzinie z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu występuje wykluczenie społeczne z powodu więcej niż 1 z przesłanek, o których mowa w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!” TAK NIE

Wybrany sposób poinformowania rodziny (rodzica i dziecka) o wynikach rekrutacji (zaznaczyć właściwe):

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu w części 1 dotyczącej danych rodzica
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu w części 1 dotyczącej danych rodzica
- osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)

INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU RODZINY WSPARCIEM W PROJEKCIE

Jako rodzic zgłaszający rodzinę, siebie i dziecko do udziału w projekcie, oświadczam, że rodzina zainteresowana następującym wsparciem w ramach projektu (właściwe zaznaczyć)

Wsparcie dla dziecka:

1. zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe z eksperymentów TAK
2. zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe z programowania TAK
3. zajęcia rozwijające kompetencje kluczowe z języka angielskiego TAK
4. zajęcia z zakresu kształcenia tzw. metodą harcerską TAK
5. grupowe zajęcia z zakresu sprawności fizycznej TAK
6. zajęcia indywidualne z Psychologiem TAK



7. zajęcia indywidualne z Socjoterapeutą TAK
8. wyjazdy na wydarzenia o charakterze kulturalnym- do: Europejskiego Centrum Bajki im. Koziołka Matołka w Pacanowie, Muzeum Wsi Kieleckiej (Parku Etnograficznego w Tokarni), teatru w Kieleckim Centrum Kultury i do filharmonii w Kielcach TAK

Wsparcie dla rodzica:

1. szkolenie „Akademia rodzica” (z kompetencji rodzicielskich) TAK
2. indywidualne poradnictwo prawne i obywatelskie TAK
3. indywidualne treningi umiejętności ekonomicznych TAK

Wsparcie dla rodziny:

1. spotkania w „Kąciku współpracy” TAK
2. spotkania indywidualne z rodzinami z zakresu budowania zaufania do placówki, rozwiązywania problemów rodzin i rodziców TAK
3. spotkania rodzinne- pikniki rodzinne, festyny, turnieje sportowe, itp. TAK

Deklaruję udział rodziny w jednej z następującej filii (należy wskazać jedną filię do wyboru z filii: Staszów ul. Szkolna/ Staszów ul. Jana Pawła/ Wólka Żabna/ Wola Osowa/ Kurozwęki/ Niemścice/ Sielec/ Dobra/ Czajków/ Wiązownica Kolonia):

Data i czytelny podpis rodzica, potwierdzający powyższe informacje dotyczące rodziny: _____

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność rodzica lub dziecka- załącznik obowiązkowy w przypadku gdy o udział w projekcie stara się dziecko bądź rodzic z niepełnosprawnością
- 2) Poświadczony za zgodność z oryginałem kopie dokumentów/zaświadczeń potwierdzających korzystanie przez daną rodzinę/osobę z PO PŻ (załączniki nieobowiązkowe)
- 3) Poświadczony za zgodność z oryginałem kopie dokumentów/zaświadczeń potwierdzających status osoby/rodziny zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym (załączniki nieobowiązkowe)