

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

Wymogi formalne wypełnienia formularza zgłoszeniowego.

Formularz zgłoszeniowy wraz z załącznikami należy wypełnić czytelnie w języku polskim.

Wszystkie podpisy na dokumentach powinny być czytelne, a skreślenia zaparafowane.

Niedopuszczalna jest ingerencja w treść formularza zgłoszeniowego, usuwanie zapisów, logotypów.

Uwaga: wszystkie pola i należyte skreślenia są wymagane

| | |
|--|---------------------------------------|
| Dane projektu | |
| Beneficjent: | JMM Sp. z o.o. |
| Partner: | Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR” |
| Nazwa projektu: | LEPSZE JUTRO |
| Nr projektu: | FEMP.06.16-IP.02-0054/24 |
| Data wpływu oraz numer Formularza zgłoszeniowego (uzupełnia Beneficjent) | |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy (uzupełnia Beneficjent) | |

1. Dane KANDYDATKI/-A NA UCZESTNICZKĘ/-KA

| | |
|---|---|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| Pesel/inny identyfikator | |
| Obywatelstwo | |
| Data urodzenia | |
| Płeć (zaznaczyć x) | <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIEȚA |
| Wykształcenie: (zaznaczyć x) | |
| <input type="checkbox"/> ISCED 0 | niższe niż podstawowe brak formalnego wykształcenia |
| <input type="checkbox"/> ISCED 1 | podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) |
| <input type="checkbox"/> ISCED 2 | gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) |
| <input type="checkbox"/> ISCED 3 | ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) |
| <input type="checkbox"/> ISCED 4 | policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) |
| <input type="checkbox"/> ISCED 5-8 | wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) |

2. Dane kontaktowe oraz adres zamieszkania KANDYDATKI/-A NA UCZESTNICZKĘ/-KA

| | |
|--|---------------------------------------|
| Kraj | Polska |
| Województwo | Śląskie |
| Powiat | |
| Gmina | |
| Miejscowość | |
| Kod pocztowy | |
| Ulica | |
| Nr budynku | |
| Nr lokalu | |
| Telefon kontaktowy (ciąg 9 liczb) | |
| Adres e-mail (podać lub zaznaczyć x) | <input type="checkbox"/> nie posiadam |

(należy uzupełnić i/lub zaznaczyć „X” we właściwym polu)

3. Minimalny zakres danych do wprowadzania w systemie SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)

(należy wybrać właściwe, zaznaczyć **x**)

| | | |
|--|--|------------------------------|
| Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich (jestem obywatelem/-ką spoza UE, Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Szwajcarii) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami (według definicji podanej w słowniku pojęć) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH | <input type="checkbox"/> NIE |

4. Kryteria rekrutacyjne udziału w projekcie

a. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

(należy wybrać właściwe, zaznaczyć **x**)

| | |
|--|--------------------------|
| Jestem osobą bierną zawodowo tj. osobą, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jestem ani osobą pracującą ani bezrobotną, w tym: | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą ucząca się/odbywająca kształcenie (w tym studenci studiów stacjonarnych; chyba że są już zatrudnieni również na część etatu, to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące) | <input type="checkbox"/> |
| Inne | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą bezrobotną (osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia) zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy w tym: | <input type="checkbox"/> |
| Osoba długotrwale bezrobotna [tj. osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy, w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych] | <input type="checkbox"/> |
| Osoba długotrwale bezrobotna powyżej 24 miesięcy | <input type="checkbox"/> |
| Inne: | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą bezrobotną (nie pracuję, ale poszukuję pracy) niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy w tym: | <input type="checkbox"/> |
| Pozostaję bez pracy w okresie 12-24 miesięcy przed przystąpieniem do projektu | <input type="checkbox"/> |
| Pozostaję bez pracy w okresie powyżej 24 miesięcy przed przystąpieniem do projektu | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą pracującą | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą samozatrudnioną (posiadam własną działalność gospodarczą) | <input type="checkbox"/> |

b. Pozostałe kryteria rekrutacyjne (zaznaczyć **x** w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

| | |
|--|--|
| 1. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą lub uczącą się na terenie Małopolski Zachodniej <ul style="list-style-type: none">▪ powiatu chrzanowskiego▪ powiatu oświęcimskiego | Należy dołączyć (jedno z poniższych): – dokument, potwierdzający adres zamieszkania (np. PUE ZUS, rachunek za media); |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ powiatu olkuskiego ▪ powiatu wadowickiego | – zaświadczenie ze szkoły/uczelni w przypadku nauki. |
| 2. Oświadczam, że nie jestem osobą uczestniczącą jednocześnie w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) | Należy dołączyć podpisane OŚWIADCZENIE nr 1 |
| Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną społecznym, w tym: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> ▪ student, osoba podnosząca/uzupełniająca kwalifikacje, ▪ osoba z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą ▪ osoba pełniąca obowiązki rodzinne związane z prowadzeniem domu/ wychowaniem dzieci (urlop wychowawczy) | Należy dołączyć (jedno z poniższych): <ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenie o pobieraniu nauki; – orzeczenie lub zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności; – zaświadczenie lub inny dokument, potwierdzający chorobę uczestnika; – zaświadczenie od pracodawcy o przebywaniu na urlopie wychowawczym; |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osoba z niepełnosprawnościami | Należy dołączyć (jedno z poniższych): <ul style="list-style-type: none"> – orzeczenie o niepełnosprawności; – stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Członek gospodarstwa domowego sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością | Należy dołączyć: <ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia. |
| Osoba o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13.06. 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 176, z późn. zm.) | Należy dołączyć (jedno z poniższych): <ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenie z właściwej instytucji; – inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę, potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osoba korzystająca 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 tej ustawy | Należy dołączyć (jedno z poniższych): <ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej; – inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach). |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osoba korzystająca z programu FE PŻ | Należy dołączyć: |

| | |
|---|--|
| | – dokument wystawiony przez OPS lub organizację partnerską wydającą żywność, zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ. |
| • Osoba opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej | Należy dołączyć: – zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce |
| • Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej | Należy dołączyć (jedno z poniższych): – zaświadczenie z właściwej instytucji (np. kuratora, wyrok sądu); – inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej. |
| • Osoba przebywająca lub opuszczająca młodzieżowy ośrodek wychowawczy i/lub młodzieżowy ośrodek socjoterapii | Należy dołączyć: – zaświadczenie z ośrodka lub inny dokument, potwierdzający przebywanie lub opuszczenie młodzieżowego ośrodka wychowawczego lub socjoterapii |
| • Osoba nieletnia wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2022 r. poz. 1700) | Należy dołączyć (jedno z poniższych): – zaświadczenie od kuratora, – zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; – inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości. |
| • Osoba odbywające karę pozbawienia wolności lub objęta dozorem elektronicznym | Należy dołączyć: – zaświadczenie z KRK. |
| • Osoba będąca ofiarą przestępstwa i przemocy w rodzinie | Należy dołączyć: – zaświadczenie z właściwej instytucji (np. OPS) potwierdzające, że dana osoba jest ofiarą przestępstwa lub przemocy w rodzinie. |
| • Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością | Należy dołączyć (jedno z poniższych): – zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. |

| | |
|--|--|
| | <p>sytuację np. pismo ze spółdzielni mieszkaniowej o zadłużeniu;</p> <p>– oświadczenie osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością – w tym przypadku konieczny jest wcześniejszy wywiad środowiskowy przeprowadzony przez Beneficjenta z kandydatem do projektu.</p> |
| <p>• Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</p> | <p>Należy dołączyć (jedno z poniższych):</p> <p>– kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzony przez Beneficjenta);</p> <p>– zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia.</p> |
| <p>• Osoba należąca do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie</p> | <p>Należy dołączyć (jedno z poniższych):</p> <p>– oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznej;</p> <p>– dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę nad kandydatem potwierdzający jego przynależność do mniejszości etnicznej.</p> |
| <p>• Osoba objęta ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę</p> | <p>Należy dołączyć (jedno z poniższych):</p> <p>– numer PESEL ze statusem UKR;</p> <p>– zaświadczenie o objęciu ochroną czasową, wystawione przez Szefa Urzędu ds. Cudzoziemców.</p> |

5. Skąd Pan/Pani* dowiedział/-a* się o projekcie (należy wybrać właściwe, zaznaczyć x):

| | |
|--|--------------------------|
| z lokalnej prasy | <input type="checkbox"/> |
| z Internetu | <input type="checkbox"/> |
| z plakatu/ulotki | <input type="checkbox"/> |
| od znajomej/znajomego | <input type="checkbox"/> |
| od lokalnego urzędu (np. PUP, OPS, MOPS, GOPS) | <input type="checkbox"/> |
| w inny sposób (proszę wymienić jaki): | <input type="checkbox"/> |

6. Informacje o potrzebach specjalnych KANDYDATKI/-A NA UCZESTNICZKĘ/-KA (należy wybrać właściwe, zaznaczyć **x**)

| | |
|--|--------------------------|
| Tłumacz języka migowego | <input type="checkbox"/> |
| Stworzenie materiałów projektowych drukowanych w alfabecie Braille'a lub powiększonej czcionce | <input type="checkbox"/> |
| Możliwość uczestniczenia we wsparciu z udziałem psa asystującego | <input type="checkbox"/> |
| Wsparcie asystenta | <input type="checkbox"/> |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe | <input type="checkbox"/> |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/ szkoleniowych | <input type="checkbox"/> |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie | <input type="checkbox"/> |
| Wydłużony/adekwatny czas wsparcia | <input type="checkbox"/> |
| Inne usprawnienia – podać jakie? | |

7. Oświadczenia / deklaracja udziału w projekcie

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są prawdziwe oraz pouczony/pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:

- zapoznałem(-am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. **Lepsze jutro nr FEMP.06.16-IP.02-0054/24**, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu i spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie;
- zostałem(-am) poinformowany(-a), że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie i procesie rekrutacji;
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego + (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027;
- zostałem(-am) poinformowany(-a), jakie formy pomocy obejmuje ścieżka uczestnictwa w projekcie;

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu i dołączonych do niego załączników do celów związanych z rekrutacją (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z 2018 r. (Dz. U. 2019r., poz. 1781, z późn. zm.). Administratorem moich danych osobowych jest JMM sp. z o.o. , mająca siedzibę w Pałędziu (62-070), ul. Żurawinowa 10 oraz jako współadministrator - Fundacja Aktywnej Rehabilitacji FAR mająca siedzibę w Warszawie (02-574) ul. Łowicka 19. Zostałem(-am) poinformowany(-a), iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. Zostałem (-am) poinformowany(-a), iż mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania oraz aktualizacji. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez JMM sp. z o.o. i Fundację Aktywnej Rehabilitacji FAR wyłącznie w celach związanych z realizowanym projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa.
- zostałem/am poinformowany/a, że JMM sp. z o.o. oraz Fundacja Aktywnej Rehabilitacji FAR zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem 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).
- zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie;
- wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku z realizacją Projektu;
- zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych (w trakcie i po zakończeniu projektu), testów psychologicznych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu;
- zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, na które zostaną zakwalifikowany i potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie;
- zobowiązuję się do przekazania JMM sp. z o.o oraz Fundacji Aktywnej Rehabilitacji FAR w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

- zobowiązuję się do przekazania JMM sp. z o.o. oraz Fundacji Aktywnej Rehabilitacji FAR kopii umowy o pracę/umowy zlecenia lub dostarczenia zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie lub dokumentacji potwierdzającej założenie i prowadzenie działalności gospodarczej, w przypadku podjęcia zatrudnienia w trakcie uczestnictwa w projekcie,
- akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a* żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu
- Zostałem/łam poinformowany/na, że Beneficjent jest administratorem danych osobowych wskazanych w art. 87 ustawy, zgodnie z art. 88 ustawy wdrożeniowej. W niezbędnym zakresie dane osobowe, będą przekazywane Instytucji Pośredniczącej (IP) oraz Instytucji Zarządzającej (IŻ) FEMP, w szczególności na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, do celów dotyczących realizacji zadań IP/IŻ FEMP związanych z dofinansowaniem projektu zgodnie z przepisami prawa.

Przyjmuję do wiadomości, że podane informacje mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny – Dz.U. nr 88, poz. 553 z 1997r. ze zmianami) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.



DATA, PODPIS

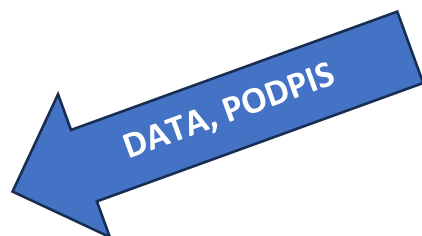
.....
*[Data, czytelny podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego]
[Formularz w imieniu osoby niepełnosprawnej może podpisać i złożyć także przedstawiciel ustawowy, prawny, opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu lub pełnomocnik (w tym wypadku należy załączyć stosowne pełnomocnictwo)]*

Dane osobowe kandydata/cki na Uczestnika/czkę projektu zostały zweryfikowane przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy do udziału w projekcie LEPSZE JUTRO, FEMP.06.16-IP.02-0054/24 na podstawie dokumentu tożsamości.

.....
[Data, Podpis osoby weryfikującej / pracownika JMM]

OŚWIADCZENIE NR 1

W związku z przystąpieniem do projektu pn. LEPSZE JUTRO [FEMP.06.16-IP.02-0054/24] oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus(EFS+) oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w ww. projekcie nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym ze środków EFS+.



.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU

OŚWIADCZENIE nr 2

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. LEPSZE JUTRO nr FEMP.06.16-IP.02-0054/24 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych, przetwarzanych w ramach projektu jest JMM Sp. z o.o. (należy wpisać nazwę Beneficjenta), adres do korespondencji ul. Żurawinowa 10, 62-070 Pałędzie, administratorem moich danych osobowych w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 jest Instytucja Pośrednicząca - Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, adres do korespondencji: Plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków.

Nie narusza to praw i nie wyłącza obowiązków innych administratorów moich danych osobowych w rozumieniu art. 88 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 tj. Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Małopolskiego, ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;

2. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 na podstawie:

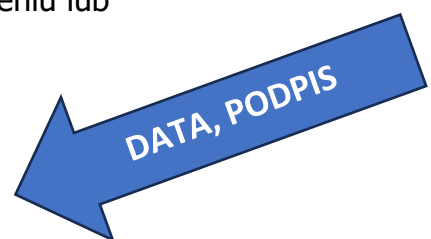
– ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021- 2027,

– rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej,

– rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013.

3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz w stosownych przypadkach, do celów określania kwalifikowalności uczestników, a także w celach archiwalnych i statystycznych. W przypadku badań ewaluacyjnych zleconych

- przez Instytucję Zarządzającą – Zarząd Województwa Małopolskiego, Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie lub innego podmiotu, który zawarł porozumienie z Instytucją Zarządzającą lub Instytucją Pośredniczącą na realizację ewaluacji, Beneficjent udostępni moje dane, w tym dane teleadresowe;
4. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji projektu i jego rozliczenia oraz do momentu zamknięcia i rozliczenia programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później;
 5. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
 6. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16 i 18 RODO;
 7. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
 8. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz mogą być również powierzone podmiotom przetwarzającym, np. w związku z realizacją umów w zakresie usług IT;
 9. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane;
 10. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - działającym u Beneficjenta, wysyłając wiadomość na email: rodo@jmm.net.pl lub pisemnie na adres: ul. Żurawinowa 10, 62-070 Pałędzie.
 - działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na email: ochronadanych@wup-krakow.pl lub pisemnie na adres: Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Plac Na Stawach 1, 30-107 Kraków;
 11. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.



.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE NR 3

1. W związku z przystąpieniem do projektu pn. **LEPSZE JUTRO FEMP.06.16-IP.02-0054/24** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym oraz dokumentach dotyczących mojego udziału w projekcie (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019r., poz. 1781, z późn. zm.) oraz późniejszą realizacją projektu.
2. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem danych osobowych jest **JMM sp. z o.o.** z siedzibą w Pałędziu (62-070), ul. Żurawinowa 10, e-mail: rodo@jmm.net.pl, tel. 660713090 oraz jako współadministrator - Fundacja Aktywnej Rehabilitacji FAR z siedzibą w Warszawie (02-574) ul. Łowicka 19, e mail: iodo@far.org.pl tel. ul. Łowicka 19, 02-574 Warszawa.
3. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje osobowe są przetwarzane w celu aplikowania o dofinansowanie i realizacji projektów i ich rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 (dalej FEMP), a także w celach archiwizacyjnych.
4. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe są przetwarzane w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, który wynika z ustawy wdrożeniowej 2021-2027, rozporządzeń PEiR UE 2021/1060, 2021/1056, 2021/1057 i innych powiązanych. Przetwarzanie danych następuje na podstawie mojej zgody art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Udzieloną Administratorom zgodę mogę w każdej chwili wycofać (nie będzie to wpływać na zgodność z prawem wykorzystania moich danych przed jej cofnięciem).
5. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych osobowych obowiązkowych jest warunkiem ustawowym a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości udziału w projekcie
6. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do usunięcia danych osobowych, o ile moje dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody, lub wynika to z wymogu prawa, lub gdy dane te są już niepotrzebne do przetwarzania danych.
7. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż więcej informacji dot. przetwarzania danych osobowych, otrzymam kontaktując się bezpośrednio z Administratorem listownie pod adresem administratora danych, lub elektronicznie przez e-mail: rodo@jmm.net.pl lub iodo@far.org.pl.
8. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozliczenia FEMP 2021-2027 oraz upływu okresu archiwizacji dokumentacji związanej z tym programem.

9. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, o ile moje dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

10. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do przenoszenia danych, o ile moje dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub są niezbędne do zawarcia umowy oraz gdy dane te są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

11. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.

12. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w związku z moją sytuacją szczególną o ile przetwarzanie moich danych osobowych jest niezbędne do zrealizowania zadania w interesie publicznym.

13. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o ile uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z prawem.

14. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi na rzecz **JMM sp. z o.o.** w zakresie serwisu i wsparcia systemów informatycznych, przekazywania przesyłek pocztowych, lub podmiotom dokonującym badań, kontroli, ewaluacji na zlecenie **JMM sp. z o.o.** w związku z realizacją projektu.

15. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji oraz profilowania.

16. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy oraz do organizacji międzynarodowych.

17. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe udostępnione zostały przez JMM sp. z o.o. (nazwa podmiotu udostępniającego dane) Partnerowi Projektu: Fundacji Aktywnej Rehabilitacji „FAR” (z siedzibą w Warszawie 02-574, Łowicka 19), oraz wykonawcom projektu (m.in. instytucjom szkoleniowym, organizatorom stażu, podmiotom świadczącym usługi doradztwa specjalistycznego), których lista znajduje się na stronie www.jmm.net.pl/RODO, w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celów przetwarzania, lecz nie większym niż zakres o którym mowa w art. 87 ustawy wdrożeniowej 2021-2027 lub rozporządzeń PEiR UE 2021/1060, 2021/1056 2021/1057.



DATA, PODPIS

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

INSTRUKCJA – PROSZĘ NIE DRUKOWAĆ TEJ CZĘŚCI

Załączniki do Formularza zgłoszeniowego:

Oświadczenie nr 1

Oświadczenie nr 2

Dokumenty:

I. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA NIEAKTYWNA ZAWODOWO (TJ. OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO):**

- ❖ zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS w przypadku osób niezarejestrowanych w urzędzie pracy, uwzględniające adres zamieszkania, Zaświadczenie /potwierdzenie obejmuje np. brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej. O zaświadczenie z ZUS można ubiegać się składając np. wniosek na druku US-7 lub poprzez PUE ZUS. Zaświadczenia uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia ich wydania.

II. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ W PUP:**

- ❖ zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS w przypadku osób niezarejestrowanych w urzędzie pracy, uwzględniające adres zamieszkania. Zaświadczenia uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia ich wydania.

III. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ W PUP:**

- ❖ Zaświadczenie z PUP o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej uwzględniające adres zamieszkania. Zaświadczenia uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia ich wydania.

IV. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA UCZĄCĄ SIĘ:**

- ❖ Zaświadczenie z uczelni / szkoły uwzględniające adres placówki.

V. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

(jeden z niżej wymienionych):

- ❖ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument

potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia;

VI. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA LUB CZŁONKIEM RODZINY KORZYSTAJĄCĄ ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ** lub **OSOBA KWALIFIKUJĄCĄ SIĘ DO OBJĘCIA WSPARCIEM POMOCY SPOŁECZNEJ**

- ❖ Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach);

VII. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA PRZEBYWAJĄCĄ LUB OPUSZCZAJĄCĄ PIECZĘ ZASTĘPCZĄ**

- ❖ Zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej

VIII. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **CZŁONKIEM GOSPODARSTW DOMOWYCH SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

- ❖ Zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia

IX. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI, DOTKNIĘTĄ WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ LUB ZAGROŻONĄ BEZDOMNOŚCIĄ**

- ❖ Zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

X. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA KORZYSTAJĄCĄ Z PROGRAMU FE PŻ**

- ❖ Dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność

XI. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA NALEŻĄCĄ DO SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANYCH TJ. ROMOWIE**

- ❖ Oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę na uczestnikiem

XII. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA OBJĘTĄ OCHRONĄ CZASOWĄ W POLSCE W ZWIĄZKU Z AGRESJĄ FEDERACJI ROSYJSKIEJ NA UKRAINĘ**

- ❖ Numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców

XIV. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA O KTÓREJ MOWA W ART.1 UST.2 USTAWY Z DNIA 13 CZERWCA 2003R. O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM (Dz.U. z 2022r. poz. 2241)**

- ❖ Zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia

XV. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

- ❖ Kwestionariusz oceny funkcjonowania lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

XVI. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA OPUSZCZAJĄCĄ PLACÓWKI OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ**

- ❖ Zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce

XVII. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA ODBYWAJĄCĄ KARĘ POZBAWIENIE WOLNOŚCI, OBJĘTĄ DOZOREM ELEKTRONICZNYM**

- ❖ Orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego

XVIII. Kandydat/-ka na Uczestnika Projektu, który jest **OSOBA WYKLUCZONĄ KOMUNIKACYJNIE**

- ❖ Oświadczenie uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną