**Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji**

**Wniosek o przyznanie pomocy w formie pobytu   
w Mieszkaniu treningowym w Kałkowie**

**W ramach projektu „Mieszkania treningowe szansą na samodzielność”**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez Fundację San Giovanni | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Numer formularza/Numer Identyfikacyjny Kandydata |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

**DANE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
|  | Kraj | Polska |
|  | Rodzaj uczestnika | Indywidualny |
|  | Imię |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | PESEL |  |
|  | Płeć |  |
|  | Wykształcenie | 🗆 Niższe niż podstawowe  🗆 Podstawowe  🗆 Gimnazjalne  🗆 Ponadgimnazjalne  🗆 Policealne  🗆 Wyższe |
|  | Województwo |  |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica |  |
|  | Nr budynku |  |
|  | Nr lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |
|  | Adres e-mail |  |
|  | Status osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu | **🗆 Osoba bezrobotna niezarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy, w tym:**  **🗆** osoba długotrwale bezrobotna  **🗆 Osoba bezrobotna zarejestrowana   w ewidencji urzędów pracy, w tym:**  🗆 osoba długotrwale bezrobotna  **🗆 Osoba bierna zawodowo, w tym:**  🗆 inne 🗆 osoba ucząca się  🗆 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub   szkoleniu  **🗆 Osoba pracująca:**  🗆 tak  🗆 nie |
| Wykonywany zawód |  |
| Osoba zatrudniona  w (miejsce zatrudnienia) |  |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami | 🗆 TAK  🗆 NIE |
| w tym:  Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | 🗆 Niepełnosprawność w stopniu lekkim  🗆 Niepełnosprawność w stopniu   umiarkowanym  🗆 Niepełnosprawność w stopniu znacznym  Symbol przyczyny niepełnosprawności: …………...…………..  Data ważności orzeczenia:  ……..………………… |
| 24. | Osoba z niepełnosprawnością intelektualną | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | 🗆 TAK  🗆 NIE |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie – dane zawarte  w formularzu zgłoszeniowym jak i w załącznikach są na dzień dzisiejszy aktualne | 🗆 TAK  🗆 NIE |
|  | Ubezwłasnowolnienie | 🗆TAK □ CZĘŚCIOWE □ CAŁKOWITE  🗆NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego  (*wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną*) | | |
| Imię i Nazwisko |  | |
| Miejscowość |  | |
| Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś |
| Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat/ Gmina |  | |
| Telefon |  | |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA:** |
| * Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą i odpowiadają stanowi faktycznemu. * Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. * Wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.). * Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/-am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji do projektu pn.: „Mieszkania treningowe szansą na samodzielność” i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. * Jestem świadomy/-a, iż złożenie zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.   **……………………………………………… …………………………………………………**  **Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata** |

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pobytu w mieszkaniu treningowym.**

**Prośbę swą motywuję *(opis sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej i życiowej)*:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Mieszkania treningowe szansą na samodzielność” 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 Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
  3. 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:

1. udzielenia wsparcia,
2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
3. monitoringu,
4. ewaluacji,
5. kontroli,
6. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
7. sprawozdawczości,
8. rozliczenia projektu,
9. zachowania trwałości projektu,
10. archiwizacji.
    1. 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 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
    2. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Fundacji San Giovanni, Godów 84A, 27-225 Pawłów oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- Stowarzyszenie Integracja i Rozwój, ul. Warszawska 27/1, 25-518 Kielce. 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;
    3. 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 postepowań administracyjnych.
    4. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
    5. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
    6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu . „Mieszkania treningowe szansą na samodzielność” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
    7. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |

………………………………………..

*(pieczęć i podpis koordynatora projektu)*

1. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)