**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Gmina Mrągowo wspiera mieszkańców”**

**RPWM.11.02.03-28-0047/21**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE I KONTAKTOWE** |
| Imię/Imiona: |  |
| Nazwisko: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| PESEL: |  |
| Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)*(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)* | * Brak (brak formalnego wykształcenia)
* Podstawowe
* Gimnazjalne
* Ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej: technikum, liceum ogólnokształcące lub zasadniczej szkoły zawodowej)
* Policealne (szkoła policealna)
* Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)
 |
| Adres zamieszkania:[[1]](#footnote-1) |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Numer domu: |  | Numer lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  | Obszar (proszę zaznaczyć właściwe): | □ Miejski[[2]](#footnote-2) □ Wiejski[[3]](#footnote-3) |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **CZĘŚĆ II: STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| Status zawodowy kandydata *(możliwe jest zaznaczenie* ***tylko*** ***jednej odpowiedzi TAK****)*  | **OSOBA BEZROBOTNA** zarejestrowana lub niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy tj. pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia | □ TAK, osoba ZAREJESTROWANA w Powiatowym  Urzędzie Pracy □ w tym osoba długotrwale bezrobotna – w  ostatnich 24 miesiącach pozostawała bez  zatrudnienia przez 12 miesięcy □ TAK, osoba niezarejestrowana w PUP□ NIE |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**:w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje, nie jest gotowa do podjęcia pracy/ nie poszukuje pracy), w tym osoby będące na urlopie wychowawczym  | □ TAK□ NIE |
| **OSOBA PRACUJĄCA:**osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących. | □ TAK□ NIE**Jeśli zaznaczono TAK**, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia:* w administracji rządowej
* w organizacji pozarządowej
* w dużym przedsiębiorstwie
* w administracji samorządowej
* w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie
* inne

Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Wykonywany zawód *- dotyczy osób pracujących:* | * instruktor praktycznej nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* inny ……………………………………………..
 |
| Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź; odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | □ TAK□ NIE□ odmawiam podania informacji |
| osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ TAK□ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; | □ TAK□ NIE□ odmawiam podania informacji |
| osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osoba należąca do jednej lub kliku z poniższych grup:i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,ii. byli więźniowie, iii. narkomani,iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,v. **osoby z obszarów wiejskich.** | □ TAK□ NIE |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ III: SYTUACJA RODZINNA** |
| **Oświadczam, że należę do rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | □ TAK□ NIE |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że spełniam następujące PRZESŁANKI zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym osób lub rodzin *(możliwość wielokrotnego wyboru):*** |
| 1 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby lub rodziny korzystające 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. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj.1. ubóstwo;
2. sieroctwa;
3. bezdomności;
4. bezrobocia;
5. niepełnosprawności;
6. długotrwałej lub ciężkiej choroby;
7. przemocy w rodzinie;
8. potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
9. potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
10. bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
11. trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy;
12. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
13. alkoholizmu lub narkomanii;
14. zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
15. klęski żywiołowej lub ekologicznej.
 |
| 2 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym: * 1. bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
	2. uzależnieni od alkoholu,
	3. uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających,
	4. chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
	5. długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
	6. zwolnieni z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
	7. uchodźcy realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
	8. osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
 |
| 3 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby przebywające w pieczy zastępczej[[4]](#footnote-4) lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; |
| 4 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969); |
| 5 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.); |
| 6 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;  |
| 7 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję rodzinę, w której członkowie gospodarstwa domowego sprawują opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; |
| 8 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – które ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego; |
| 9 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań; |
| 10 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby odbywające kary pozbawienia wolności; |
| 11 | □ TAK□ NIE | Reprezentuję osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 tj. spełniające kryterium dochodu nieprzekraczającego 200% kryterium dochodowego w przypadku osoby w rodzinie; |
| **………………….** | **Ilość przesłanek wykluczenia (odpowiedzi „TAK”) *(od 1 do 11)***  |
| □ TAK□ NIE | Oświadczam, że doświadczam wykluczenia z powodu więcej niż jednej z powyższych przesłanek zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ***(premia punktowa +20 pkt)*** |
| **Spełniam kryteria punktowe:**  | * należę do rodziny, której **dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego** (na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą z dn. z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj. nie przekracza kwoty 900**,00 zł dla osoby w rodzinie** -dochód netto w przeliczeniu na osobę w rodzinie – obowiązuje w 2021 r. *(premia punktowa + 100 pkt).*
* **jestem osobą z niepełnosprawnością** w stopniu znacznym lub umiarkowanym / osobą z niepełnosprawnością sprzężoną / osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniem rozwoju ***(premia punktowa + 20 pkt);***
* moja rodzina spełnia kryterium zagrożenia ubóstwem lub wykluczenia społecznego, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumiane jako wykluczenie z powodu więcej niż jedna z przesłanek ***(premia punktowa + 20 pkt);***
* należę do rodziny korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 tj. spełniające kryterium dochodu nieprzekraczającego 220% kryterium dochodowego w przypadku osoby w rodzinie ***(premia punktowa +20 pkt);***
* moja rodzina spełnia kryteria **rodziny** **wielodzietnej** - wychowującej troje i więcej dzieci ***(premia punktowa + 10 pkt)***
 |
| **Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (OPW)** | □ TAK□ NIE |
| **Wytypowanie przez pracownika socjalnego OPS według kryteriów dla rodzin: ubóstwo, zagrożenie odebraniem dziecka, dla osób potrzebujących wsparcia (OPW): ubóstwo, długotrwała choroba (premia punktowa + 15 pkt.)** | □ TAK□ NIE |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z następującymi osobami - członkami rodziny:**1. **Związek małżeński/partnerski:**

**Imię/imiona i nazwisko : …………………………………………………………………………………………………………………….****PESEL : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………**1. **Pozostali członkowie rodziny:**

**[1] ……………………………………………………………..… -relacja: ……………………………………****[2] …………………………………………………………….... - relacja: ……………………………………****[3] …………………………………………………………..….. - relacja: ……………………………………****[4] ……………………………………………………………..… -relacja: ……………………………………****[5] …………………………………………………………….... - relacja: ……………………………………****[6] …………………………………………………………..….. - relacja: ……………………………………**(Przykładowe relacje: *związek małżeński / pokrewieństwo/ powinowactwo w linii prostej / powinowactwo II stopnia/ powinowactwo w linii bocznej / w stosunku przysposobienia / opieka / kuratela)*  **Oświadczam, że wśród tych osób są dzieci przed ukończeniem 18 roku życia.**  |
| **DZIECKO (1)**Dziecko objęte pieczą zastępczą □ TAK □ NIEDziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: * uczące się *(proszę zaznaczyć właściwe):*□ edukacja wczesnoszkolna □ szkoła podstawowa□ szkoła ponadpodstawowa
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
 | **DZIECKO (2)**Dziecko objęte pieczą zastępczą □ TAK □ NIEDziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: * uczące się *(proszę zaznaczyć właściwe):*□ edukacja wczesnoszkolna □ szkoła podstawowa□ szkoła ponadpodstawowa
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
 |
| PESEL: |  | PESEL: |  |
| Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 | Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| Imię |  | Imię |  |
| Nazwisko  |  | Nazwisko |  |
| Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej[[5]](#footnote-5) | □ TAK □ NIE | Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE |
| **DZIECKO (3)**Dziecko objęte pieczą zastępczą □ TAK □ NIEDziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: * uczące się *(proszę zaznaczyć właściwe):*□ edukacja wczesnoszkolna □ szkoła podstawowa□ szkoła ponadpodstawowa
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
 | **DZIECKO (4)**Dziecko objęte pieczą zastępczą □ TAK □ NIEDziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: * uczące się *(proszę zaznaczyć właściwe):*□ edukacja wczesnoszkolna □ szkoła podstawowa□ szkoła ponadpodstawowa
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
 |
| PESEL: |  | PESEL: |  |
| Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 | Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| Imię |  | Imię |  |
| Nazwisko  |  | Nazwisko |  |
| Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE | Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE |
| **DZIECKO (5)**Dziecko objęte pieczą zastępczą □ TAK □ NIEDziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: * uczące się *(proszę zaznaczyć właściwe):*□ edukacja wczesnoszkolna □ szkoła podstawowa□ szkoła ponadpodstawowa
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
 | **DZIECKO (6)**Dziecko objęte pieczą zastępczą □ TAK □ NIEDziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: * uczące się *(proszę zaznaczyć właściwe):*□ edukacja wczesnoszkolna □ szkoła podstawowa□ szkoła ponadpodstawowa
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
 |
| PESEL: |  | PESEL: |  |
| Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 | Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| Imię |  | Imię |  |
| Nazwisko  |  | Nazwisko |  |
| Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE | Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE |
| Jako rodzic/ opiekun prawny wyrażam zgodę i deklaruję uczestnictwo moich dzieci / mojego dziecka …………………………………… w projekcie pn. **„Gmina Mrągowo wspiera mieszkańców” RPWM.11.02.03-28-0047/21** Jednocześnie oświadczam, że ww. osoby małoletnie zamieszkują ze mną pod tym samym adresem.  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ IV: SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością** |
| Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje: | 1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego
 |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
|  | 1. Pętla indukcyjna
 |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
|  | 1. Powiększony tekst
 |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
|  | 1. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną
 |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
|  | 1. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia
 |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
|  | 1. Inne
 |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
| Jeżeli w **pkt 5 zaznaczono TAK**, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia: |  |
| Jeżeli w **pkt 6 zaznaczono TAK,** proszę wymienić potrzeby: |  |

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIA:**

**Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:**

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:
2. zamieszkuje na obszarze Województwa Warmińsko-Mazurskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie Gminy Mrągowo;
3. spełniam przesłanki o **zagrożeniu ubóstwem lub wykluczeniem społecznym osób / rodzin**,
o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020;
4. wychowuję co najmniej jedno dziecko w wieku do 18 roku życia;
5. jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
6. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Gmina Mrągowo wspiera mieszkańców” RPWM.11.02.03-28-0047/21 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 zobowiązuję się do uczestnictwa we wsparciu zgodnie z opracowanym planem pracy.
7. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. formularzu są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
* Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
* Oświadczam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU1**

**dotyczące przetwarzania danych osobowych**

W związku z moim udziałem w realizacji Projektu pn. **Gmina Mrągowo wspiera mieszkańców (nr Projektu RPWM.11.02.03-28-0047/21)** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2022” 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 „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. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@miir.gov.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 aktów prawnych:
5. 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,
6. 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,
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020,
8. 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.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. **Gmina Mrągowo wspiera mieszkańców,** 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.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

- Beneficjentowi realizującemu Projekt – **Gmina Mrągowo, ul. Królewiecka 60A, 11-700 Mrągowo;**

**-** Jednostce realizującej projekt - **Gminy Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie ul. Wojska Polskiego 5A/12, 11-700 Mrągowo;**

**-** Partner Projektu – **Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska;**

- oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.

1. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
2. 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.
3. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
4. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
5. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu całkowitego rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
6. 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.
7. 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.
8. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
9. 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 *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)2.

…………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………..

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS*

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

2 Dotyczy oświadczeń uczestników Projektów dla właściwych typów operacji.

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

**- wypełnić tylko te załączniki które dotyczą:**

1. Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność uczestnika projektu, lub członka rodziny, w tym dokumenty potwierdzające, że członkowie gospodarstwa domowego sprawują opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
2. Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020;
3. Dokumenty określające dochód takie jak: zaświadczenie właściwego organu rentowego/ emerytalnego (ZUS /KRUS) informująca o wysokości przyznanego świadczenia za ostatni miesiąc lub za;
4. Zaświadczenie z OPS – wytypowanie przez pracownika OPS według kryteriów **dla rodzin**: ubóstwo, zagrożenie odebraniem dziecka;
5. Zaświadczenie z OPS – wytypowanie przez pracownika OPS według kryteriów **dla OPW**: ubóstwo, długotrwała choroba;
6. Spełnienie definicji OPW: zaświadczenie/orzeczenie/opinia lekarza/inny dokument poświadczający status OPW;
7. Zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności;
8. Zaświadczenie z OPS o wielodzietności;
9. Zaświadczenie z OPS: spełnienie definicji rodziny wieloproblemowej
10. Dokumenty potwierdzające spełnienie przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
11. Dokumenty potwierdzające przynależność do grup o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
12. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – status bezrobotnego / długotrwale bezrobotnego;
13. Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń społecznych – status osoby biernej zawodowo.

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia[[6]](#footnote-6) obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia beneficjent/partner /realizator )  |
| Ilość punktów: ……………………………………………. ………………………………………………………………. (podpis) |

…………………………………, dnia …………………………

………………………………………………………..

 (pieczęć przychodni / lekarza)

Przykładowy wzór:

**ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA**

**O NIESAMODZIELNOŚCI I O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/ Pani …………………………………………………………………… jest osobą niesamodzielną i potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. jest osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

1. Stan zdrowia: ……………………………………………………………………………………………………………………

Ze względu na stan zdrowia wymaga opieki/ wsparcia:

* Stale
* Okresowo
1. Niepełnosprawność:
* TAK

Symbol: …………

Stopień:

* lekki
* umiarkowany
* znaczny

lub

* **częściowo niezdolna/y do pracy**
* **całkowicie niezdolna/y do pracy**
* **całkowicie niezdolna/y i samodzielnej egzystencji**
* NIE

……………………………………………..

Podpis lekarza

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie warmińsko-mazurskim. [↑](#footnote-ref-1)
2. obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-2)
3. tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko –wiejskiej [↑](#footnote-ref-3)
4. W tym również osoby przebywające 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich. [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-6)