

Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Przedsiębiorczości Społecznej
- Formularz rekrutacyjny Uczestnika Projektu (kandydata do zatrudnienia)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
UCZESTNIKA PROJEKTU
(kandydata do zatrudnienia)**

/Wypełnia pracownik biura Projektu: /

Numer ewidencyjny formularza rekrutacyjnego	
Numer ewidencyjny Uczestnika Projektu	
Nazwa Przedsiębiorstwa społecznego, w którym nastąpi zatrudnienie	
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz:	

Formularz Rekrutacyjny należy wypełnić osobiście. Każdy kandydat na uczestnika projektu wypełnia osobną wersję formularza. **Należy nie pozostawiać pustych pól używając określenia: „nie dotyczy”.**

I	DANE OSOBOWE	Imię/Imiona										
		Nazwisko										
		PESEL										
		Wiek w chwili złożenia formularza										
		Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)								
II	DANE TELEADRESOWE (w tym ADRES ZAMIESZKANIA)	Ulica										
		Nr domu										
		Nr lokalu										
		Miejscowość										
		Kod pocztowy										
		Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)										
		Telefon kontaktowy										
		Adres e-mail										

III	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI SKŁADANIA FORMULARZA	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
		w tym:	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna ¹ tj. od <input type="checkbox"/> zarejestrowana w urzędzie pracy, <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> zarejestrowana w urzędzie pracy, jako poszukująca pracy	
		<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
		w tym:	<input type="checkbox"/> ucząca się, gdzie <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> inne, jakie	
		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
		w tym:	<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> inne, jakie	
		wykonywany zawód	
		zatrudniony w	
IV STATUS OSÓB W CHWILI SKŁADANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ				
/Warunki do objęcia wsparciem finansowym/				
L.P.	Kandydat do zatrudnienia:	Potwierdzenie przynależności	Sposób udokumentowania statusu	
1	Jest osobą fizyczną ⁱⁱ		<input type="checkbox"/> TAK	
2	Posiada pełną zdolność do czynności prawnych ⁱⁱⁱ		<input type="checkbox"/> TAK	
3	Jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:			

¹ Osoba długotrwale bezrobotna – okres ponad 6 m-cy przypadku osób < 25 lat, okres ponad 12 m-cy w przypadku osób > 25 lat.

<p>A</p>	<p>Należy do kategorii osób korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących 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^{iv} czyli z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa <input type="checkbox"/> sieroctwa <input type="checkbox"/> bezdomności <input type="checkbox"/> bezrobocia <input type="checkbox"/> niepełnosprawności <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, nadania mu statusu uchodźcy lub nadania ochrony uzupełniającej <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej 	<p><input type="checkbox"/> TAK (proszę zaznaczyć odpowiednie obok)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)</p> <p>wraz z dokumentem poświadczającym spełnienie <u>przesłanki wymienionej w art.7 ustawy o pomocy społecznej</u></p> <p>lub</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikowaniu się do objęcia wsparciem ze wskazaniem przesłanki</p>
<p>B</p>	<p>Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225 z późn. zm.), czyli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> uzależnieni od alkoholu, <input type="checkbox"/> uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, <input type="checkbox"/> chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy², <input type="checkbox"/> zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> uchodźcy realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. 	<p><input type="checkbox"/> TAK (proszę zaznaczyć odpowiednie obok)</p>	<p>Zaświadczenie/dokument z właściwej instytucji³</p>

² Należy przedłożyć oświadczenie uczestnika ze wskazaniem okresu, od którego występuje bezrobocie oraz Zaświadczenie z ZUS potwierdzające, że wnioskodawca nie figuruje w KSI ZUS w ewidencji osób podlegających ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu.

³ W przypadku niemożności uzyskania wskazanych dokumentów – Operator rozpatruje sytuację indywidualnie.

C	Jest osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz z 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	<input type="checkbox"/> TAK	Zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu
D	Jest osobą z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK	Odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia
E	Jest członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków tego gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	Odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wraz z oświadczeniem uczestnika <small>(z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)</small>
F	Jest osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/> TAK	Zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia
G	Jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	Zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający status np. kopia wyroku sądowego
H	Jest osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego	<input type="checkbox"/> TAK	Zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający status
I	Jest osobą korzystającą z PO PŻ (Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa)	<input type="checkbox"/> TAK	Dokument potwierdzający korzystanie z PO PŻ np. decyzja lub zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej

4	<p>Jest osobą długotrwale bezrobotną tzn. spełniającą definicję osoby bezrobotnej "nieprzerwanie przez:</p> <p><input type="checkbox"/> okres ponad 6 miesięcy w przypadku młodzieży (<25 lat)</p> <p><input type="checkbox"/> okres ponad 12 miesięcy w przypadku dorosłych (25 lat lub więcej)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK (proszę zaznaczyć odpowiednie obok)</p>	<p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy⁴</p> <p>lub</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika⁵ (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)</p> <p><u>wraz z zaświadczeniem o niefigurowaniu jako osoba ubezpieczona w ZUS</u></p>
5	<p>Jest osobą ubogą pracującą czyli osobą wykonującą pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie i która jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki ubóstwo, tj. której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p>	<p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej</p>
6	<p>Jest osobą opuszczającą młodzieżowy ośrodek wychowawczy lub młodzieżowy ośrodek socjoterapii</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p>	<p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii</p>
7	<p>Jest osobą opuszczającą zakład poprawczy lub schronisko dla nieletnich</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK (proszę zaznaczyć odpowiednie obok)</p>	<p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie od kuratora;</p> <p>lub</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym;</p> <p><input type="checkbox"/> Kopia postanowienia sądu;</p> <p><input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości.</p>

⁴ Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy

⁵ Osoba niezarejestrowana w Urzędzie Pracy

Czytelny podpis ⁶ Kandydata/tki data	
--	----------------	--

v DODATKOWE KRYTERIA- PUNKTY PREMIUJĄCE PODCZAS REKRUTACJI			
L.p.	STATUS	Potwierdzenie przynależności	Sposób udokumentowania statusu
1	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych);	<input type="checkbox"/> TAK	Odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia
2	<p>Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przestanek, tj.:</p> <p><input type="checkbox"/> osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przestanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;</p> <p><input type="checkbox"/> osoby, o których mowa w art. 1 ust 2. Ustawy z dn. 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym;</p> <p><input type="checkbox"/> osoby przebywające w pieczy zastępczej 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</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p>(proszę zaznaczyć odpowiednie obok)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)</p> <p>wraz z <u>dokumentem poświadczającym spełnienie przesłanki wymienionej w art.7 ustawy o pomocy społecznej</u></p> <p>lub</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikowaniu się do</p>

⁶ Złożenie podpisu ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie nierzetelnych oświadczeń dotyczących okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wsparcia finansowego.

	<p>wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</p> <p><input type="checkbox"/> 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. 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.);</p> <p><input type="checkbox"/> 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. 2017 r., poz. 2198);</p> <p><input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych⁷ lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych⁸;</p> <p><input type="checkbox"/> członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</p> <p><input type="checkbox"/> osoby niesamodzielne;</p> <p><input type="checkbox"/> osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych⁹;</p> <p><input type="checkbox"/> osoby odbywające kary pozbawienia wolności;¹⁰</p> <p><input type="checkbox"/> osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.</p>		<p>objęcia wsparciem ze wskazaniem przestanki</p> <p><i>lub</i></p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie/dokument z właściwej instytucji¹¹</p>
3	<p>Osoby, rodziny lub środowiska zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych;¹²</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p>	<p>Zaświadczenie/dokument z właściwej instytucji</p>

⁷ Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020

⁸ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020.

⁹ Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

¹⁰ Dotyczy wyłącznie osób odbywających karę pozbawienia wolności w postaci dozoru elektronicznego.

¹¹ W przypadku niemożności uzyskania wskazanych dokumentów – Operator rozpatruje sytuację indywidualnie.

¹² Wytyczne w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.

4	<p>Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które skorzystały z projektów w ramach Działania 11.1 SzOOP RPO WiM, a których ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK (proszę zaznaczyć odpowiednie obok)</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Zaświadczenie/dokument z właściwej instytucji</p> <p style="text-align: center;">lub</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)</p>
<p>Czytelny podpis data</p>		<p>.....</p> <p>.....</p>	

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE¹³		
Proszę określić doświadczenie zawodowe Kandydata/cki, w szczególności związane z profilem podejmowanej działalności (staż pracy, stanowisko pracy, w tym miejscu można wskazać również praktyki, staże, wolontariat, itp.)		
<u>Nazwa Pracodawcy</u>	<u>Staż pracy</u>	<u>Stanowisko</u>

¹³ W przypadku doświadczenia zawodowego niezwiązanego z profilem podejmowanej działalności – należy uzupełnić jedynie tabelę, bez załączania stosownych dokumentów.

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego; przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 5 za składanie nierzetelnych oświadczeń dotyczących okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wsparcia finansowego.

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

.....
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym o numerze
wydanym przez

L.p
OŚWIADCZAM, ŻE:

(Proszę zaznaczyć właściwe pole)

1.	<input type="checkbox"/>	Nie posiadałem/am wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu tj. podpisania deklaracji udziału w projekcie.	<input type="checkbox"/>	Posiadałem/am wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu tj. podpisania deklaracji udziału w projekcie.
2.	<input type="checkbox"/>	Nie zawiesiłem/am prowadzenia działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.	<input type="checkbox"/>	Zawiesiłem/am prowadzenie działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.
3.	<input type="checkbox"/>	Nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie dotacyjnym, lub nie korzystam równoległe z innych środków publicznych na pokrycie wydatków związanych z podjęciem zatrudnienia w niniejszym Projekcie.	<input type="checkbox"/>	Uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie dotacyjnym, lub korzystam równoległe z innych środków publicznych na pokrycie wydatków związanych z podjęciem zatrudnienia w niniejszym Projekcie.
4.	<input type="checkbox"/>	Nie korzystam, nie korzystałem/am z innych środków publicznych	<input type="checkbox"/>	Korzystam, korzystałem/am z innych środków publicznych
5.	<input type="checkbox"/>	Nie widnieję w żadnym krajowym rejestrze dłużników np. w Ewidencji Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. ¹⁵	<input type="checkbox"/>	Widnieję w jakimkolwiek z krajowych rejestrów dłużników np. w Ewidencji Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. ¹⁶
6.	<input type="checkbox"/>	Nie jest prowadzone wobec mnie postępowanie cywilne w sprawie o zapłatę (sądowe albo egzekucyjne) lub postępowanie egzekucyjne w administracji lub zostały	<input type="checkbox"/>	Jest prowadzone wobec mnie postępowanie cywilne w sprawie o zapłatę (sądowe albo egzekucyjne) lub postępowanie egzekucyjne w administracji lub zostały wydane prawomocne

¹⁵ Kandydat do zatrudnienia przedstawia stosowne upoważnienie do pozyskania informacji gospodarczych.

¹⁶ Należy przedstawić uregulowaną sytuację finansową potwierdzającą, że zadłużenie jest spłacone lub regularnie spłacane oraz udokumentować ją odpowiednimi zaświadczeniami, oświadczeniami, ugodami itp.

		wydane prawomocne orzeczenia zasądzające należności, które nie zostały zapłacone.		orzeczenia zasądzające należności, które nie zostały zapłacone.
7.	<input type="checkbox"/>	W ciągu ostatnich 2 lat nie byłem/am, zatrudniony (na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, umowy o dzieło lub innej) u Operatora.	<input type="checkbox"/>	W ciągu ostatnich 2 lat byłem/am, zatrudniony (na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, umowy o dzieło lub innej) u Operatora.
8.	<input type="checkbox"/>	Nie pozostaję w związku małżeńskim lub faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz nie jestem związana z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z Operatorem i/lub pracownikami Operatora, Partnerów uczestniczących w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów.	<input type="checkbox"/>	Pozostaję w związku małżeńskim lub faktycznym pożyciu albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz jestem związana z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z Operatorem i/lub pracownikami Operatora, Partnerów uczestniczących w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów.
9.	Zamieszkuję na terenie obszaru olsztyńskiego województwa warmińsko-mazurskiego (powiaty: działdowski, nidzicki, nowomiejski, szczycieński).			
10.	Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych (osoby nie posiadające pełnej zdolności do czynności prawnych nie mogą założyć spółdzielni socjalnej w myśl art. 4 ust. 1 Ustawy o spółdzielniach socjalnych, osoby posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych mogą uzyskać członkostwo w spółdzielni socjalnej w myśl art. 5 ust. 4 Ustawy o spółdzielniach socjalnych) oraz nie byłem/am karany za przestępstwa skarbowe.			
11.	Nie zmieniłem/am statusu na rynku pracy kwalifikującego do udziału w projekcie, wskazanego w Formularzu zgłoszeniowym osoby fizycznej do udziału w projekcie OŚRODEK WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ W NIDZICY oraz deklaracji udziału w projekcie.			
12.	Zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Świadczenia Usług Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej w Nidzicy, Regulaminem Funduszu Przedsiębiorczości Społecznej oraz załącznikami do tych dokumentów i akceptuję ich warunki.			
13.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Projektu.			
14.	Załączam potwierdzenie mojego statusu wskazanego w cz. III - V niniejszego formularza.			
15.	Załączam dokumenty potwierdzające moje wykształcenie oraz doświadczenie zawodowe wskazane w niniejszym formularzu. ¹⁷			
	 (miejsowość, data)	 (Czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem przeze mnie do Projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Nidzicy” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: Instytucja Zarządzająca).
- Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.

¹⁷ Jeśli dotyczy

3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
 - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
 - d) Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Nidzicy”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Nidzickiej Fundacji Rozwoju „NIDA” z siedzibą w Nidzicy przy ul. Rzemieślniczej 3, 13 – 100 Nidzica realizującej Projekt w partnerstwie z Działdowską Agencją Rozwoju S.A. z siedzibą w Działdowie przy ul. Wł. Jagiełły 15, 13 – 200 Działdowo oraz mogą być powierzone innym podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta będą uczestniczyć w realizacji Projektu.
7. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
8. 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.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
10. 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.
11. Jeżeli uznaję, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
13. Po zakończeniu udziału w projekcie prześlę 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 *Wytucznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).

Imię i nazwisko (czytelnie)	
Podpis	
Data, miejscowość	

ⁱ **Adres zamieszkania** – oznacza miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z brzmieniem rozdziału II art.25 Kodeksu Cywilnego i jednocześnie art.27 Ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności/Dz. U z 2010 r. Nr 217, poz.1427, Nr 239, poz.1593/).

ⁱⁱ **Osoba fizyczna** - to osoba, która ze względu na przyznaną mu przez prawo zdolność prawną traktowany jest jako podmiot praw i obowiązków. Z momentem uzyskania pełnoletności, nie będąc ubezwłasnowolnionym, człowiek uzyskuje pełną zdolność do czynności prawnych i dzięki temu może samodzielnie dokonywać czynności prawnych.

iii **Osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych** – osoba, która może nabywać prawa i zaciągać zobowiązania własnymi działaniami. *Spółdzielnię socjalną mogą założyć jedynie osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych (art. 4. ust 1 Ustawy o spółdzielniach socjalnych), natomiast członkami spółdzielni mogą również zostać osoby posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych (art. 5. ust. 4. Ustawy o spółdzielniach socjalnych).*

iv **Przesłanki do objęcia osoby wsparciem pomocy społecznej:**

- 1) ubóstwo;
- 2) sieroctwa;
- 3) bezdomność;
- 4) bezrobocie;
- 5) niepełnosprawność;
- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
- 7) przemoc w rodzinie;
- 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) (uchylony)
- 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 13) alkoholizm lub narkomania;
- 14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa;
- 15) klęska żywiołowa lub ekologiczna.

v **Osoby bezrobotne** - osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoby zarejestrowane, jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi. Taka sytuacja ma miejsce w momencie, gdy np. osoba bezrobotna urodziła dziecko, niemniej w związku z tym, iż jest niezatrudniona nie pobiera od pracodawcy świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego. W związku z tym, należy ją traktować jako osobę bezrobotną.