Załącznik nr 1 do
REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
"Razem Aktywnie w Integrację"
Numer identyfikacyjny wniosku o dofinansowanie projektu:
FESL.07.02-IZ.01-05GD/23

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla kandydatów do udziału w projekcie

CZĘŚĆ - A – DANE WSPÓLNE

Lp.	Nazwa:	Dane:
1	Nazwa Beneficjenta	Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej „Być Razem”
2	Tytuł projektu	"Razem Aktywnie w Integrację"
3	Numer wniosku	FESL.07.02-IZ.01-05GD/23
4	Priorytet	Priorytetu VII Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
5	Działanie	7.2 Aktywna integracja

CZĘŚĆ – B – DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Lp.	Zakres danych:	Dane:
7	Imię	
8	Nazwisko	
9	Nr PESEL lub brak	
10	Płeć	
11	Data urodzenia	
12	Ukończony wiek	
13	Obywatelstwo	
14	Kraj zamieszkania	

15.	**ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU zgodnie z k.c.***	
	ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Gmina	
	Powiat	
	Kod pocztowy	
	Obszar (miejski lub wiejski)	
16	Telefon kontaktowy	stacjonarny: (32) ……..….. komórkowy: +48 ……..……
17	Adres e-mail	……@……..……
18	Wykształcenie	□ Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne – ISCED 0-2) □ Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe–ISCED 3 oraz policealne–ISCED 4) □ Wyższe – ISCED 5-8
19	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	□ Osoba bezrobotna □ w tym osoba długotrwale bezrobotna □ Osoba bierna zawodowo □ Osoba pracująca łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek

*Zgodnie z Art. 25 k.c. „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu". Art. 26 § 1. Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej. §2. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.
Art. 27. Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.
Art. 28. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania"

POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA PODSTAWOWYCH I DODATKOWYCH KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH W PROJEKCIE			
Lp	**Oświadczam, że:**	**Dane:**	
20	Jestem mieszkańcem powiatu Cieszyńskiego	□ Tak	□ Nie
21	**Posiadam status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z pkt 1.6 Regulaminu konkursu w następującej/cych kategorii/kategoriach;**		
A	**osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej** zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 901) lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach);*	□ Tak	□ Nie
B	**osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym** (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia;*	□ Tak	□ Nie
C	**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 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 447 z późn. zm.);	□ Tak	□ Nie

	Wymagany dokument potwierdzający status; ,*Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej;*		
D	**osoba z niepełnosprawnościami;** Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika są następujące dokumenty np.: 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 10 dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia*;	□ Tak	□ Nie
E	**członkowie gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia;*	□ Tak	□ Nie
F	**osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia*;	□ Tak	□ Nie

G	**osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;** Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce*;	□ Tak	□ Nie
H	**osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością**; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu*;	□ Tak	□ Nie
I	**osoba odbywające karę pozbawienia wolności, objęta dozorem elektronicznym**; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego;*	□ Tak	□ Nie
J	**osoba korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową***;* Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność*;	□ Tak	□ Nie
K	**osoba należąca do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie**; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę na uczestnikiem*;	□ Tak	□ Nie

L	**osoba objęta ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**; Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców*;	□ Tak	□ Nie
M.	**osoby wykluczone komunikacyjnie;** Wymagany dokument potwierdzający status; *Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest: oświadczenie uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną, zgodnie z tabelami nr 1 i 2 wskazanymi w dokumencie: „Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego", których wykaz stanowi* ***załącznik nr 4*** *do Regulaminu uczestnictwa i rekrutacji do niniejszego projektu;*	□ Tak	□ Nie
22.	**Czy posiada Pan/ Pani jakieś szczególne potrzeby w związku z Pani chęcią udziału w projekcie? Proszę zaznaczyć i/lub je krótko opisać.**	○ Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …… ○ Zapewnienie tłumacza języka migowego? ○ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? ○ Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …… ○ Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …… ……	

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie, oświadczam, że:
Zapoznałam/Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie "Razem Aktywnie w Integrację" wraz z załącznikami i go akceptuję.
Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i znana jest mi treść art. 233§ 1 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Mam również prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwości ich poprawienie, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność.
Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L. 119, s.1), zw. RODO.
Oświadczam, że przyjmuje do wiadomości, że na każdym etapie realizacji projektu istnieje możliwość zgłaszania podejrzenia o niezgodności projektu (operacji) lub działań beneficjenta tj. Stowarzyszenie Pomocy Wzajemnej „Być Razem" z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych do Instytucji Pośredniczącej / Instytucji Wdrażającej / Instytucji Zarządzającej. Opis procedury zgłaszania podejrzeń o niezgodności projektu/ operacji jest zawarty w „załączniku nr 3 - Procedura służąca do włączania zapisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON) do praktyki wdrażania programów" zamieszczona do Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027.

Miejscowość, data:	
Czytelny podpis osoby Zgłaszającej się	
Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę na udział osoby Zgłaszającej się (dotyczy osób niepełnoletnich)	

Załączniki do formularza;

Załącznik nr 1.1 – Dokument potwierdzający status kandydata

Załącznik nr 1.2 - Klauzula RODO