



Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA
PROJEKT PN.:
„Gotowi na aktywność!”

Nr projektu: FEMP.06.16-IP.02-0013/24

Fundusz: Europejski Fundusz Społeczny Plus

Priorytet: Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego

Działanie: Aktywizacja społeczno – zawodowa

	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU <u>PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL</u>
Dane Uczestnika/czki	Imię:
	Nazwisko:
	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	Data i miejsce urodzenia:
	Wiek w chwili przystępowania do projektu:
	PESEL _ _ _ _ _
Dane kontaktowe	Ulica/wieś:
	Nr budynku:
	Nr lokalu:
	Miejscowość:
	Obszar wg stopnia urbanizacji: <input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> WIEJSKI
	Kod pocztowy:
	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Telefon kontaktowy:
	Adres e – mail:



Wykształcenie	ISCED 0 – Brak (Niższe niż podstawowe - Brak formalnego wykształcenia) ISCED 1 – Podstawowe (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 2 – Gimnazjalne (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 3 – Ponadgimnazjalne / Ponadpodstawowe (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej/ zasadniczej szkoły zawodowej w tym: kształcenie niezakończony egzaminem maturalnym oraz kształcenie zakończony egzaminem maturalnym) ISCED 4 – Policealne (Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 5 – 8 – Wyższe (Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/ Ponadpodstawowe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
	Osoba bierna zawodowo (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Bierność wynika z: <input type="checkbox"/> nauki <input type="checkbox"/> uzupełnienia kwalifikacji <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> niepełnosprawności <input type="checkbox"/> obowiązków rodzinnych związanych z prowadzeniem domu
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy (osoby pozostające bez pracy, gotowe do jej podjęcia i aktywnie poszukujące pracy, jednak nie zarejestrowane w urzędzie pracy)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	W przypadku osób uczących się proszę uzupełnić:	
	Nazwa szkoły	
Adres		



Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	Osoba obcego pochodzenia		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba państwa trzeciego		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba z niepełnosprawnością		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Przynależność do grupy docelowej zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kryteria premiujące	Kobieta	+12 pkt	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba zamieszkująca miasta średnie i gminy zmarginalizowane w województwie małopolskim	+11 pkt	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba z niepełnosprawnością	+10 pkt	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 z przesłanek kwalifikującej do wsparcia w projekcie określonej w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej	+9 pkt	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba korzystająca z programu FE PŻ	+9 pkt	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej	+9 pkt	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Łączna ilość punktów (wypełnia koordynator)		
Informacje dodatkowe	Informuję, że chciałbym/chciałabym skorzystać z dodatkowych udogodnień:		
	Winda, podjazd dla wózków inwalidzkich		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Tłumacz języka migowego		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Materiały pisane w Alfabetcie Braille'a		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	Posiadam alergię pokarmowe		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (jakie.....)
	MODUŁ RÓWNOŚCIOWY: potrzeby związane z przełamywaniem barier płci		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak (jakie.....)
	Preferuję harmonogram spotkań		<input type="checkbox"/> w tygodniu <input type="checkbox"/> w weekendy <input type="checkbox"/> w godzinach porannych <input type="checkbox"/> w godzinach popołudniowych



**Oświadczenia
Uczestnika/czki**

- Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Inventum Sp. z o.o. oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 o ochronie danych osobowych – Dz. U. 2018 poz. 1000 z późniejszymi zmianami- w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i budżetu państwa.
- Jestem osobą zamieszkałą lub uczącą się na obszarze województwa małopolskiego.
- Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w projekcie.
- Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Wyrażam chęć udziału w projekcie pn. „Gotowi na aktywność!”.
- Uprzedzony/a odpowiedzialności karnej (wynikającej z Kodeksu Karnego art. 233) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane przez mnie powyżej dane są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te 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.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczącej udziału w projekcie drogą telefoniczną oraz mailową.

.....
(Miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu)

Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. „Gotowi na aktywność!” oraz akceptuję jego warunki.

Regulamin uczestnictwa w projekcie znajduje się na stronie internetowej www.inventum-global.pl

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu)



Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Wyrażam zgodę na udział w projekcie „**Gotowi na aktywność!**” nr **FEMP.06.16-IP.02-0013/24** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, realizowanego przez Inventum Sp. z o.o. oraz Fundację Stałego Rozwoju.

Jednocześnie oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do uczestnictwa w projekcie, tzn.:

1. Mieszkam lub uczę się na terenie województwa małopolskiego.
2. Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia.
3. Należę do grupy docelowej, czyli :
 - a) jestem osobą lub pochodzę z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z następujących grup:
 - osoba bierna zawodowo (bierność wynika z nauki, uzupełnienia kwalifikacji, choroby, niepełnosprawności lub obowiązków rodzinnych związanych z prowadzeniem domu);
 - osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy;
 - osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020r. poz. 176, z późn. zm);
 - osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodzinę przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
 - osoba z niepełnosprawnościami;
 - członek gospodarstwa domowego sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością;
 - osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
 - osoba korzystająca z programu FE PŻ;
 - osoba objęta ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;
 - osoba będąca ofiarą przestępstwa i przemocy w rodzinie;
 - b) otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (w tym rodziny), które zamieszkują lub uczą się na terenie województwa małopolskiego w tym min. 50% UP tj. 76 osób (46K, 30M) będzie zamieszkiwała na terenie miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze lub gmin zmarginalizowanych wskazanych w krajowych i regionalnych dokumentach strategicznych: Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego (KSRR) oraz Strategii Rozwoju Województwa „Małopolska 2030”.

Jednocześnie oświadczam, iż:

- Zostałem/-am poinformowany/-a, iż projekt pn. „**Gotowi na aktywność!**” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i wyrażam zgodę na uczestnictwo, jednocześnie akceptując warunki Regulaminu Projektu.
- Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników,
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te 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.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- obecności na spotkaniach organizowanych w ramach projektu ,
- wypełniania testów, ankiet (związanych z badaniami ewaluacyjnymi) i udzielania informacji, zarówno w trakcie trwania projektu jak i po jego zakończeniu,



- przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji na rynku pracy, po zakończeniu udziału w projekcie pn. „**Gotowi na aktywność!**” (do 4 tygodni od zakończenia udziału) zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2021-2027.

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Inventum Sp. z o.o. i Fundację Stałego Rozwoju oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projekt współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i budżetu państwa.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Uczestnika/czki Projektu



Załącznik nr 3 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU
(dot. przetwarzania danych osobowych)**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Gotowi na aktywność!” nr FEMP.06.16-IP.02-0013/24 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych, przetwarzanych w ramach projektu jest Inventum Sp. z o.o. (należy wpisać nazwę Beneficjenta), adres do korespondencji: z siedzibą w Nowym Sączu przy ul. Siemiradzkiego 11A/2, 33-300 Nowy Sącz; 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 2022r. 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 później¹;
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 uznam, 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: biuro@inventum-global.pl lub pisemnie na adres: 33-300 Nowy Sącz, ul. Siemiradzkiego 11A/2;
 - 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 kompetencji².

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

Załącznik nr 4 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

¹ Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu

² Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy



OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Gotowi na aktywność!” 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/CZKI PROJEKTU

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż w chwili przystąpienia do projektu „Gotowi na aktywność!” zostałem/am poinformowany/a o zasadzie zrównoważonego rozwoju oraz poszanowaniu równości szans i niedyskryminacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU



**Oświadczenia o dostarczeniu dokumentów potwierdzających podjęcie
zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej po zakończeniu udziału w projekcie
pn. „Gotowi na aktywność!”**

Imiona i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

Oświadczam, że:

1. w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie dostarczę do Realizatora projektu dokumenty potwierdzające podjęcie zatrudnienia: kserokopię umowy o pracę, kserokopię umowy cywilno-prawnej lub w przypadku samozatrudnienia - oryginał CEIDG/KRS, kserokopia potwierdzenia opłacenia składek ZUS wraz z oryginałami tych dokumentów do wglądu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu



Załącznik nr 6 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

Oświadczenie dotyczące przynależności do grupy docelowej

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	

Proszę zaznaczyć X przy odpowiednim opisie grupy docelowej, który dotyczy Pani/a

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że w chwili przystąpienia do projektu „Gotowość na aktywność!” przynależę do grupy docelowej:

Opis grupy docelowej	TAK	NIE
Jestem osobą bierną zawodowo, a bierność moja wynika z nauki, uzupełnienia kwalifikacji, choroby, niepełnosprawności lub obowiązków rodzinnych związanych z prowadzeniem domu i przedstawiam stosowne zaświadczenie: o pobieraniu nauki, lub uzupełnienia kwalifikacji/ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie potwierdzające chorobę moją lub osoby od mnie zależnej/ zaświadczenie od pracodawcy o przebywaniu na urlopie wychowawczym		
Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia mnie wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniam przynajmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy tj. ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc domowa, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność 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; trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomania, zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa, klęska żywiołowa lub ekologiczna; i przedstawiam stosowne zaświadczenie z OPS/decyzję o aktualnie przyznanym świadczeniu.		
Jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym tj. bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uzależnioną od alkoholu; uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających; osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; osobą długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; osobą zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; osobą z niepełnosprawnością, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie jestem w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduję się w sytuacji uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym; i przedstawiam zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielanego wsparcia.		



Jestem osobą przebywającą lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz pochodzę z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej i przedstawiam zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu lub inny dokument potwierdzający przebywanie kandydata w pieczy zastępczej.		
Jestem osobą z niepełnosprawnością i przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie od lekarza inny dokument potwierdzający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia.		
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i przedstawiam kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzony według wybranej przez beneficjenta metody).		
Jestem osobą przebywającą w placówce opieki instytucjonalnej i przedstawiam zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce instytucjonalnej.		
Jestem osobą korzystającą z Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021 – 2027 i przedstawiam dokument wystawiony przez OPS lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierający informacje o korzystaniu z programu FE PŻ.		
Jestem osobą objętą ochroną czasową w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i przedstawiam dokument z nadaniem numeru PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawione przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców.		
Jestem ofiarą przestępstw lub przemocy w rodzinie i przedstawiam zaświadczenie (np. z OPS).		
Jestem osobą z otoczenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (w tym rodziny) i przedstawiam dokument wystawiony przez osobę odpowiedzialną za wyznaczenie ścieżki wsparcia np. odpowiedni specjalista		

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu)



Załącznik nr 7 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

1. Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie materiałów audiowizualnych. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie wykonanych zdjęć i/lub filmów za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikację w gazetach, czasopismach okresowych, czasopismach okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, wystawach, konkursach, mediach społecznościowych, itp. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii z moim wizerunkiem.
2. Zgoda obejmuje wykorzystanie mojego wizerunku przez INVENTUM Sp. z o.o. z siedzibą w Nowym Sączu w audiowizualnych materiałach promocyjnych na następujących polach eksploatacji:
 - a. wszelkie utrwalanie i zwielokrotnianie (w tym wprowadzanie do pamięci komputera lub innego urządzenia), wytwarzanie egzemplarzy w postaci drukowanej i cyfrowej.
 - b. wszelkie nadawanie i reemitowanie, w tym za pomocą wizji lub fonii przewodowej lub bezprzewodowej, przez stacje naziemne, za pośrednictwem satelity, w sieciach kablowych, telekomunikacyjnych lub multimedialnych
 - c. wszelkie publiczne udostępnianie audycji lub materiału w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i czasie przez siebie wybranym, w tym poprzez stacje naziemne, za pośrednictwem satelity, sieci kablowe, telekomunikacyjne lub multimedialne, bazy danych, serwery lub inne urządzenia i systemy, w tym także osób trzecich, w obiegu otwartym lub zamkniętym, w jakiegokolwiek technice, systemie lub formie, z lub bez możliwości zapisu, w tym też w serwisach wymienionych w lit. b.;
 - d. Wszelkie publiczne odtwarzanie, wyświetlanie, wykonywanie, wystawianie w nieograniczonej ilości nadań i wielkości nakładów.
3. Jednocześnie upoważniam INVENTUM Sp. z o.o. z siedzibą w Nowym Sączu do decydowania o formie i czasie wykorzystania mojego wizerunku.
4. Zostałem poinformowany, że moje dane osobowe w tym wizerunek może zostać przekazany zamawiającemu/ podmiotowi finansującemu usługę, celem poprawnego rozliczenia wykonania usługi. Przekazane dane mogą służyć temu podmiotowi w cellach wskazanych w ust. 1 i 2.
5. Prawo do korzystania z mojego wizerunku w zakresie wskazanym w ust. 1 i ust. 2 przekazuję INVENTUM Sp. z o.o.

Klauzula informacyjna zgodna z art. 13 i art. 14 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, administratorem danych osobowych jest Inventum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (dalej "Inventum" lub „Inventum Sp. z o.o.”), której siedzibą jest Nowy Sącz, kod pocztowy 33-300, ul. Nowy Sącz, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa- Śródmieścia, XII Wydział Gospodarczy pod nr KRS 0000453856, o numerze NIP: 7343518993. Kontakt z Administratorem Danych mogą Państwo uzyskać mailowo pod adresem: biuro@inventum-global.pl, Inspektorem danych osobowych jest Pani Mariola Woźniak, kontakt mariola.wozniak@inventum-global.pl.

Dane osobowe w tym wizerunek przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji usługi na podstawie:

- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013r.;
- b) podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości realizacji usługi;



- c) Osoba przekazująca swoje dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, nie ma prawa do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO,
- d) Osoba przekazująca swoje dane osobowe nie posiada prawa do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Wykonanie prawa, o którym mowa w art. 21 RODO. Prawo to nie ma zastosowania do przetwarzania, które jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.
- e) Osoba przekazująca swoje dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO;
- f) Dane osobowe osoby przekazującej dane mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
- g) Dane osobowe osoby przekazującej dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.
- h) Prawo do sprzeciwu reguluje ust. 6 art. 21 RODO;
- i) Powierzający nie ma prawa do usunięcia przekazanych danych, co jest regulowane art. 17. RODO.

IMIĘ I NAZWISKO

.....
(miejsce i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu)



*Do wniosku załączam:

- komplet biletów jednorazowych (tam i z powrotem) (ilość: szt.), suma kosztów biletów: zł;
- imienny bilet miesięczny, koszt biletu zł;
- zaświadczenie przewoźnika o najtańszym koszcie przejazdu na danej trasie:
koszt biletu jednorazowego: zł,
koszt biletu miesięcznego: zł;
- umowę użyczenia pojazdu (tj. samochód)
- oświadczenie osoby dowożonej (pasażera)
- oświadczenie osoby dowożącej (kierowcy) o dowożeniu UP;

.....
(podpis Uczestnika/czki Projektu)



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 9 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

.....
(Imię i nazwisko Uczestniczki/ka)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE PRZEWOŹNIKA O CENIE BILETU

Informujemy, że koszt najtańszego biletu normalnego/ulgowego za przejazd z miejscowości
..... do miejscowości
..... wynosizł
w jedną stronę.

Koszt biletu miesięcznego/okresowego na w/w trasie wynosi zł.

.....
(Pieczęć i podpis **przewoźnika**)

**Załącznik nr 10 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie****Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą
wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
uczestnika/czki projektu pn. „Gotowi na aktywność”**

(dotyczy uczestników biorących udział w szkoleniu zawodowym oraz odbywających staż zawodowy)

Dane Uczestnika/czki projektu:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Numer PESEL	
Numer telefonu	
Nr rachunku bankowego	

Dane osoby, której dotyczy refundacja

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	

Oświadczam, że:

od dniar. do dniar. w ramach projektu
pn. „Gotowi na aktywność!” uczestniczyłem/łam w szkoleniu/stażu*.W związku z powyższym wnioskuję o przyznanie zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/
dziećmi do lat 7/ osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*.....
(imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek)

w wysokości:

Kwota refundacji na podstawie przelozonych dokumentów (WYPEŁNIA KOORDYNATOR)

	<i>Ilość dni</i>	<i>Kwota refundacji</i>
<i>Szkolenie</i>		
<i>Staż</i>		

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika/czki)

*niepotrzebne skreślić



Załączniki:

- 1) kserokopie aktu urodzenia dziecka lub dzieci, w przypadku opieki nad dziećmi,
- 2) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka lub dzieci w przypadku posiadania dziecka lub dzieci niepełnosprawnych do 18 roku życia,
- 3) orzeczenie o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa, w przypadku opieki nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- 4) umowa z placówką przedszkolną lub inne umowy, w celu potwierdzenia faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.