



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Ankieta zgłoszeniowa do projektu „Blżej samodzielności – edycja II”

Dane podstawowe	<i>Imię i nazwisko</i>	
	<i>Data urodzenia /PESEL</i>	
Adres zamieszkania	<i>Ulica</i>	
	<i>Nr domu</i>	<i>Nr lokalu</i>
	<i>Kod pocztowy, miejscowość</i>	
Dodatkowe informacje		
<i>Telefon kontaktowy:</i>		
<i>Adres poczty elektronicznej:</i>		
<i>Wykształcenie:</i> <i>brak <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / pomaturalne <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/></i>		
<i>Posiadam kwalifikacje zawodowe - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jakie?.....</i>		
<i>Dodatkowe kwalifikacje, ukończone kursy.....</i> <i>.....</i>		
<i>Uczę się w systemie: dziennym <input type="checkbox"/> / zaocznym <input type="checkbox"/> / wieczorowym <input type="checkbox"/> / nie uczę się <input type="checkbox"/></i>		
<i>Jestem osobą pracującą - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> Miejsce zatrudnienia.....</i> <i>Jestem zarejestrowana/y w PUP - nie <input type="checkbox"/> / \tak <input type="checkbox"/> jako osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> / poszukująca pracy <input type="checkbox"/></i> <i>Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jakie.....</i> <i>Pobieram świadczenie z pomocy społecznej - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jakie.....</i>		
<i>Korzystam / korzystałam/em z pomocy GOPS/ PCPR- tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Rodzaj świadczenia lub pomocy.....</i>		
<i>Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument równoważny poświadczający niepełnosprawność - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> wydany przez ZUS / Powiatowy Zespół ds. Orzekania o niepełnosprawności</i> <i>Stopień niepełnosprawności?.....</i> <i>Rodzaj schorzenia.....</i>		

- Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do uczestnictwa w projekcie po otrzymanym wsparciu jestem/ nie jestem zainteresowany/a podjęciem zatrudnienia.
- Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń/informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis

W związku z faktem, że jestem zainteresowany/a uczestnictwem w projekcie „Blżej samodzielności-edycja II” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.) w celu rekrutacji uczestników do Projektu.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- moje dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do Projektu
- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom uprawnionym do kontroli prawidłowości realizacji Projektu;
- mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Data i czytelny podpis

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koźienicach, z siedzibą przy ulicy Kochanowskiego 15 A, 26-900 Koźienice.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: iod@ctserv.pl.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, a także prawo do cofnięcia zgody.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z realizacją projektu „Blżej samodzielności – edycja II” oraz wynikających z innych przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym w celu otrzymania wsparcia w ramach projektu „Blżej samodzielności – edycja II”.
8. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koźienicach zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

.....
Data i czytelny podpis

Potwierdzam, że Pan/i.....

spełnia selekcyjne kryteria udziału w projekcie „Blżej samodzielności-edycja II” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, tj.:

- jest osobą z niepełnosprawnością
- jest wychowankiem pieczy zastępczej w wieku 15-25,
- jest mieszkańcem powiatu koźienickiego,
- korzysta z pomocy społecznej,
- jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

.....
(Data i podpis pracownika socjalnego)

**niepotrzebne skreślić*