



FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU „Rodzinny Prolog”

Nr naboru FEPZ.06.22-IP.01-001/23

Realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego

Priorytet 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego

Cel szczegółowy Wsparcie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci

Działanie 6.22 Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny – typ 1 Wsparcie na rzecz rodziny

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA

Wszystkie pola formularza proszę wypełnić drukowanymi literami lub oznaczać odpowiednio znakiem „x” we właściwym polu. Należy wypełniać jedynie pola nieoznaczone kolorem. Wskazanie numeru telefonu lub adresu e-mail jest niezbędne do przeprowadzenia badań ewaluacyjnych lub analizy danych. W przypadku udziału w projekcie osób małoletnich, formularz zgłoszenia oraz oświadczenia w projekcie powinny zostać podpisane przez opiekuna prawnego.

CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik drukowanymi literami)

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY

*należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby małoletniej

Imię:		Nazwisko:	
-------	--	-----------	--

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obywatelstwo**:		obywatel kraju UE		obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec		Obywatelstwo polskie
-----------------	--	-------------------	--	--	--	----------------------

Imię:		Nazwisko:	
-------	--	-----------	--

PESEL lub inny identyfikator osoby:																				
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek w chwili przystąpienia do projektu – pole uzupełniane jeśli brak nr PESEL																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane teleadresowe - kontaktowe

Kraj:		Województwo:	
-------	--	--------------	--

Powiat:		Gmina:	
---------	--	--------	--

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
--------------	--	---------------	--

Tel.:		e-mail:	
-------	--	---------	--

**Należy wstawić znak „x” we właściwym polu



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y deklaruje zgodę na uczestnictwo w projekcie partnerskim Województwa Zachodniopomorskiego pn.: „Rodzinny Prolog”, dofinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach FEPZ 2021 - 2027, Priorytetu 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działania 6.22 Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny.

1. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję treść Regulaminu uczestnictwa w projekcie pn.: „Rodzinny Prolog”.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie pn.: „Rodzinny Prolog”. Celem potwierdzenia deklarowanych danych załączam dowody uwierzytelniające tj. potwierdzenie zamieszkania na terenie województwa zachodniopomorskiego i wspólnego gospodarowania z dzieckiem do 5 roku życia w formie oświadczenia złożonego pod odpowiedzialnością karną, zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie/status ucznia na terenie województwa^{1*} niewłaściwe skreślić.
4. Oświadczam, że dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

INFORMACJA DOT. UCZESTNICTWA WE WSPARCIU

Podpisując niniejszą informację deklaruje, że nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+. Przyjmuję do wiadomości brak możliwości jednoczesnego otrzymywania wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS +. W przypadku zmiany tej sytuacji zobowiązuję się poinformować o tym fakcie organ właściwy.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

ZGODA NA UTRWALENIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów sprawozdawczych i promocyjnych.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

¹ zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie lub status ucznia na terenie województwa należy przedłożyć w przypadku braku zamieszkania na terenie województwa zachodniopomorskiego



KLAUZULA INFORMACYJNA

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Rodzinny Prolog” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Zachodniopomorskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 40, 70-421 Szczecin, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym: Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: Instytut Małego Dziecka im. Astrid Lindgren, ul. Murawa 37c/L4, 61-655 Poznań; Gmina Chojna, ul. Jagiellońska 4, 74-500 Chojna; Gmina Goleniów, Pl. Lotników 1, 72-100 Goleniów; Gmina Gryfino, ul. 1 Maja 16, 74-100 Gryfino; Gmina Karlino, ul. Plac Jana Pawła II 6, 78-230 Karlino; Gmina Międzyzdroje, Plac Ratuszowy 1, 72-500 Międzyzdroje; Gmina Postomino, Postomino 30, 76-113 Postomino; Gmina Resko, ul. Rynek 1, 72-315 Resko; Gmina-Miasto Stargard, ul. Hetmana Stefana Czarneckiego 17, 73-110 Stargard; Gmina Suchań, ul. Pomorska 72, 73-132 Suchań; Gmina Złocieniec, ul. Stary Rynek 3, 78-520 Złocieniec.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
 - a) 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;
 - b) 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;
 - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Rodzinny Prolog”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
5. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji tj. do dnia 31.12.2033 r. lub okres 5 lat licząc od 31 grudnia roku, w którym dokonano ostatniej płatności na rzecz projektu.
7. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
 - a) iod@mfigpr.gov.pl
 - b) iod@wup.pl
 - c) abi@wzp.pl
8. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania.
10. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
11. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
miejscość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego

**CZĘŚĆ B (wypełnia gminny doradca/konsultant/koordynator)***

PESEL lub inny identyfikator UCZESTNIKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data rozpoczęcia
udziału w projekcie

-- - -- - --

Data zakończenia udziału
w projekcie

-- - -- - --

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

Osoba obcego pochodzenia, tj. osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba państwa trzeciego, tj. osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowiec				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba przynależąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowane				☐	TAK	☐	NIE	☐	odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami				☐	TAK	☐	NIE	☐	odmowa podania informacji
Rodzic dziecka do 5 roku życia				☐	TAK		☐	NIE	
Rodzina	☐	biologiczna	☐	zastępcza	☐	adopcyjna	☐	odmowa podania informacji	
Dziecko do 5 rok użycia				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba samotnie wychowująca dziecko				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba doświadczająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba zagrożona przemocą w rodzinie				☐	TAK		☐	NIE	
Osoba znajdująca się w kryzysie lub po przebytym kryzysie				☐	TAK		☐	NIE	
Co najmniej jedno z rodzeństwa uczęszcza na zajęcia prowadzone przez LKR w ramach projektu				☐	TAK		☐	NIE	
Rodzina z dzieckiem nieuczęszczającym w zajęciach przedszkolnych lub nieuczęszczającym do żłobka/klubu malucha				☐	TAK		☐	NIE	
osoba pracująca z dzieckiem i/lub rodziną				☐	TAK		☐	NIE	

** Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

data

--

czytelny podpis uczestnika projektu
lub opiekuna prawnego

--



Wykluczenie społeczne:	☐ osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ osoba żyjącą ubóstwo lub wykluczeniu społecznym	☐ inne
Krótką diagnoza sytuacji życiowej uczestnika w momencie rozpoczęcia projektu (m.in. przyczyny uczestnictwa w projekcie, specjalne potrzeby uczestnika projektu wynikające z jego niepełnosprawności lub stanu zdrowia.)			
RODZAJ PRYZNANEGO WSPARCIA**:			
☐ Usługi społeczne w zakresie wsparcia rodziny		☐ Krajowe szkolenie dla kadry na co dzień pracującej z rodziną	

** Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

.....
(data i czytelny podpis osoby wypełniającej CZĘŚĆ B)



CZĘŚĆ C (wypełnia gminny doradca/konsultant/koordynator)*

KARTA UCZESTNIKA PROJEKTU *Rodzinny Prolog*

Nr naboru FEPZ.06.22-IP.01-001/24

Realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego

Priorytet 6 *Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego*

Cel szczegółowy *Wspieranie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci*

Działanie 6.22 *Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny – typ 1 Wsparcie na rzecz rodziny*

DANE UCZESTNIKA

Imię		Nazwisko		PESEL	
------	--	----------	--	-------	--

DANE DOTYCZĄCE UDZIELONEGO WSPARCIA

Lp.	Data	Zakres udzielonego wsparcia	Liczba godzin	Podpis osoby wypełniającej



Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie			
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	☐ Tak	☐ Nie	
Osoba opuściła opiekę instytucjonalną dzięki wsparciu w programie	☐ Tak	☐ Nie	☐ nie dotyczy
Sytuacja społeczna osoby uległa poprawie po opuszczeniu programu	☐ Tak	☐ Nie	
Osoba uzyskała kwalifikacje po opuszczeniu programu	☐ Tak	☐ Nie	☐ nie dotyczy

.....
(data i czytelny podpis osoby wypełniającej CZĘŚĆ C)