**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

„Łódzki kompas wsparcia społecznego i zawodowego”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UPRZEJMIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DANE PODSTAWOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Imię (imiona) | | | |  | | |
| Data urodzenia |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | Wykształcenie | | | |  podstawowe  gimnazjalne   ponadgimnazjalne (średnie)   policealne  wyższe | | |
| PESEL |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  |  |  | Płeć | |  kobieta   mężczyzna |
| 1. **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | |  | | | | - | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | Poczta | | | |  | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr domu / lokalu | | | |  | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Gmina | | | |  | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Województwo | | | |  | | |
| Tel. kontaktowy |  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | Adres e-mail | | | |  | | |
| **3. KRYTERIA REKRUTACYJNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **KRYTERIA FORMALNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba zamieszkująca na terenie powiatów objętych projektem  *(lista powiatów: łódzki wschodni, m. Łódź, kutnowski, łowicki, sieradzki, skierniewicki, tomaszowski)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| Osoba z niepełnosprawnością | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba z niepełnosprawnością ze względu na wzrok | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| Osoba/rodzina korzystająca ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej  *(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwego ośrodka pomocy społecznej lub innego dokumentu o podobnym statusie nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| Osoba/rodzina kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, ze względu na: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * ubóstwo/  sieroctwo / bezdomność /*  * niepełnosprawność / długotrwałą lub ciężką chorobę*  * przemoc w rodzinie  inne (wskazane w art. 7 ustawy o pomocy społecznej, wskazać jakie[[1]](#footnote-1):* ……………………………..……………*)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy  *(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwego Powiatowego Urzędu Pracy nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba długotrwale bezrobotna\*   *Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| 1. **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba/rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)  *(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwej organizacji partnerskiej lub innego dokumentu o podobnym statusie nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego z powodu więcej niż jednej przesłanek (zgodnie z rozdz. 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| Osoba z niepełnosprawnością | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba z niepełnosprawnością sprzężoną | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba z zaburzeniami psychicznymi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba z niepełnosprawnością intelektualną | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| * w tym: osoba z całościowym zaburzeniami rozwojowymi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  tak  nie | |
| **4. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności i/lub stanu zdrowia**  (proszę zaznaczyć właściwe) | | | | | | | | | | |  specjalistyczny sprzęt dla osób niewidomych/słabowidzących   druk materiałów powiększoną czcionką   przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych   zapewnienie tłumacza języka migowego   inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  WSPARCIE O CHARAKTERZE SPOŁECZNYM/EDUKACYJNYM/ZDROWOTNYM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  SZKOLENIE ZAWODOWE – PREFEROWANY PROFIL SZKOLENIA:. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  księgowość/rachunkowość   obsługa kas fiskalnych   operator wózka widłowego   magazynier   spawacz   operator obrabiarek skrawających   kadry i płace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  opiekun osoby starszej lub niepełnosprawnej   operator koparko-ładowarki   robotnik budowlany/gospodarczy   pracownik biurowy   pomoc kuchenna   grafika komputerowa | | | | | | |
|  inne: ........................................................................………………………………………………..…… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  STAŻ ZAWODOWY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

j

|  |
| --- |
| **6. DEKLARACJA** |
| **Ja, niżej podpisana(y),**  ……………………………………………………………………………………………………...………………....  (imię, nazwisko składającego / ej oświadczenie)  zam. …………………………………………………………………………………………………………………...  (adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)  Oświadczam, iż   1. wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą; 2. zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie; 3. jestem zainteresowany/a wzięciem udziału w projekcie: „Łódzki kompas wsparcia społecznego  i zawodowego”; 4. zamieszkuję zgodnie z Kodeksem Cywilnym na terenie powiatów tj.: łódzki wschodni, m. Łódź, kutnowski, łowicki, sieradzki, skierniewicki, tomaszowski w województwie łódzkim; 5. zostałem/am poinformowany, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020; 6. zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych;   …………………………………………… …………………………………………. Miejscowość, data Czytelny Podpis |

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT PROJEKTU:**  Fundacja Szansa dla Niewidomych  ul. Chlubna 88, 03-051 Warszawa  e-mail: szansa@szansadlaniewidomych.org  tel. 22-510-10-99  **PARTNER PROJEKTU:**  Miasto Łódź  ul. Piotrkowska 104, 90-926 Łódź  tel. 42-638-44-44  e-mail: ron@uml.lodz.pl | **BIURO PROJEKTU:**  Fundacja Szansa dla Niewidomych  (Tyflopunkt w Łodzi)  ul. Wigury 13, 90-302 Łódź  e-mail: lodz@szansadlaniewidomych.org  tel. 85-869-11-69  **PARTNER PROJEKTU:**  Open Education Group Sp. z o.o.  ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok  tel. 85-869-11-69  e-mail: open@openeducation.pl |

**Klauzula informacyjna dla osób biorących udział w procesie rekrutacji do projektu**

**„Łódzki kompas wsparcia społecznego i zawodowego”**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119   
z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Szansa dla Niewidomych, ul. Chlubna 88, 03-051 Warszawa, Miasto Łódź, ul. Piotrkowska 104, 90-926 Łódź oraz Open Education Group Sp. z o.o., ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: udziału w rekrutacji do projektu „Łódzki kompas wsparcia społecznego i zawodowego”- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych   
   z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
3. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (podmioty uczestniczące w realizacji projektu/procesie rekrutacji).
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatku dotyczące zakończonego projektu;
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia – z zastrzeżeniem pkt. 7;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy dot. realizacji wsparcia w ramach projektu o którym mowa w pkt. 2.

1. 1) bezrobocie; 2) potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi; 3) potrzebę ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 4) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 5) 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; 6) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 7) alkoholizm lub narkomanię; 8) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 9) klęskę żywiołową lub ekologiczną. [↑](#footnote-ref-1)