

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Tytuł projektu	AKTYWNA INTEGRACJA NA ŚLĄSKU
Numer projektu	FESL.07.02-IZ.01-05H0/23
Beneficjent	Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.
Program	Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027
Priorytet	FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
Działanie	FESL.07.02-Aktywna integracja

Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, a w miejscach z kwadracikami należy zaznaczyć symbolem „X” odpowiednie pole.

DANE OSOBOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU	
Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	
PESEL	_____
Obywatelstwo	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne) (ISCED 0-2)
	<input type="checkbox"/> Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe) (ISCED 3) oraz policealne (ISCED 4)
	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MEŹCZYŻNA
MIEJSCE ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	



Kod pocztowy	
Ulica	
Numer budynku i lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zamieszkania)	

STATUS NA RYNKU PRACY	
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ:	
bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (należy dostarczyć Zaświadczenie z Urzędu Pracy oraz Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
bezrobotną niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (należy dostarczyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
długotrwale bezrobotną (osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Bierną zawodowo	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
*osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
*osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**STATUS NA RYNKU PRACY****proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji społecznej**

Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>
Osobą obcego pochodzenia ¹	<input type="checkbox"/>
Osoba z krajów trzecich ²	<input type="checkbox"/>
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie ³	<input type="checkbox"/>
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴	<input type="checkbox"/>
Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą	<input type="checkbox"/>
Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/>
Odmowa udzielenia odpowiedzi	<input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>

Oświadczenia Kandydata/ kandydatki

Oświadczam, że: JESTEM osobą w wieku pow. 18 roku życia (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że: JESTEM osobą zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie jednego z miast: Mysłowice lub Dąbrowa Górnicza lub Bytom województwa śląskiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że: JESTEM osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

¹ Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa.

² Każda osoba nie posiadająca polskiego obywatelstwa

³ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

⁴ Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego



Oświadczam, że: JESTEM osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, kwalifikującą się do grupy:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1. osoby lub rodziny korzystające 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 - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach)	<input type="checkbox"/> TAK
2. osoby, 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) - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia	<input type="checkbox"/> TAK
3. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające 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.) - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK
4. osoby z niepełnosprawnościami - potwierdzeniem kwalifikowalności są następujące dokumenty np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, 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 dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia	<input type="checkbox"/> TAK



5. członkowie gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia	<input type="checkbox"/> TAK
6. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - potwierdzeniem kwalifikowalności jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK
7. osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce	<input type="checkbox"/> TAK
8. osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu	<input type="checkbox"/> TAK
9. osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym - potwierdzeniem kwalifikowalności jest orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego	<input type="checkbox"/> TAK
10. osoby korzystające z programu FE PŻ - potwierdzeniem kwalifikowalności jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność	<input type="checkbox"/> TAK
11. osoby należące do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie - potwierdzeniem kwalifikowalności jest oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę nad uczestnikiem	<input type="checkbox"/> TAK
12. osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę - potwierdzeniem kwalifikowalności jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców	<input type="checkbox"/> TAK
13. osoby wykluczone komunikacyjnie - potwierdzeniem kwalifikowalności 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”, który stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK



Oświadczenia Kandydata/ kandydatki dot. specjalnych potrzeb

Rodzaj potrzeby	Proszę zaznaczyć właściwe	Jeżeli TAK, proszę opisać jakie
Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne specjalne potrzeby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM

1	Załącznik nr 1 Oświadczenie kandydata/ kandydatki na uczestnika projektu	<input type="checkbox"/>
2	Załącznik nr 2 Oświadczenie osoby aplikującej o udział w projekcie	<input type="checkbox"/>
3	Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	<input type="checkbox"/>
4	Inne (jakie?).....	<input type="checkbox"/>



Załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/ KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU

„AKTYWNA INTEGRACJA NA ŚLĄSKU” NR FESL.07.02-IZ.01-05H0/23

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

Oświadczam, iż:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Aktywna integracja na Śląsku” nr FESL.07.02-IZ.01-05H0/23, który **jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027**, Priorytet FESL.07 Fundusze Europejskie dla społeczeństwa, Działanie 7.2 Aktywna integracja realizowany przez Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.
2. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie „Aktywna integracja na Śląsku” i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
4. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
6. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
7. Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
8. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Aktywna integracja na Śląsku” **jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.**

.....
Miejscowość i data

.....
*Czytelny podpis kandydata na uczestnika
projektu*



OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE

„AKTYWNA INTEGRACJA NA ŚLĄSKU” NR FESL.07.02-IZ.01-05H0/23

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „Aktywna integracja na Śląsku” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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.
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: Dane uczestników projektów FE SL 2021-2027 (nazwiska i imiona, adres zamieszkania lub pobytu, PESEL, miejsce pracy, zawód, wykształcenie, numer telefonu, wiek, adres email, informacja o bezdomności, sytuacja społeczna i rodzinna, migrant, pochodzenie etniczne, stan zdrowia) - zakres zgodny z Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do dnia zakończenia archiwizacji dokumentacji związanej z realizacją projektu lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o., ul. Świerczyny 72, 41-400 Mysłowice.
5. *Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu*
6. *Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: IOD@diagno-test.pl.*
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
 - 1) Beneficjenta - Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO – TEST” Sp. z o.o., ul. Świerczyny 72, 41-400 Mysłowice - IOD@diagno-test.pl
 - 2) Instytucję Zarządzającą - Województwo Śląskie, reprezentowanym przez Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę „Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – dane.osobowe@slaskie.pl
 - 3) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
 - 4) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej
8. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
9. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
11. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.



12. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
13. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
Miejscowość i data

.....
*Czytelny podpis kandydata na uczestnika
projektu*

<u>WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU</u>	
DATA WPŁYWU	
OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI	
OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (imię i nazwisko oraz podpis)	



Załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/ KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU

„AKTYWNA INTEGRACJA NA ŚLĄSKU” NR FESL.07.02-IZ.01-05H0/23

O ZAMIESZKANIU NA OBSZARZE INTERWENCJI (Mysłowice, Dąbrowa Górnicza, Bytom)

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

Pesel:

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

Zamieszkały/a przy ulicy..... nr

Kod pocztowy-....., miejscowość

Województwo

informuje, że zamieszkuję na terenie interwencji projektu pn.: „*Aktywna integracja na Śląsku*” oraz że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Ponadto zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu



FORMY WSPARCIA	
1	Wyznaczenie ścieżki reintegracji wraz z monitoringami – 10 godzin
2	Formy wsparcia o charakterze społecznym: <ul style="list-style-type: none">a) Treningi w zakresie kompetencji i umiejętności społecznych (komunikacja interpersonalna, rozwiązywanie konfliktów, asertywność, praca zespołowa, empatia) – forma grupowab) minimum 2 spośród poniżej wymienionych (forma grupowa/ indywidualna):<ul style="list-style-type: none">➤ treningi zwiększające motywację i samoocenę➤ konsultacje psychologiczne➤ poradnictwo prawne➤ organizowanie grup samopomocowych i samokształceniowych wraz z animatorem grup➤ certyfikowane kursy i szkolenia w formie uzupełniającej edukacjęc) Szkolenie ICT – (forma grupowa)d) szkolenie pn. zasady równości szans i niedyskryminacji oraz równości kobiet i mężczyzn (forma grupowa)e) szkolenie pn. edukacja ekologiczna (forma grupowa)
3	Formy wsparcia o charakterze zawodowym – w minimum 1 spośród poniżej wymienionych <ul style="list-style-type: none">a) warsztaty aktywnego poszukiwania pracyb) doradztwo zawodowec) kursy zawodowe