

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Aktywna i otwarta integracja w województwie podlaskim”

UPRZEJMIIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU											
1. DANE PODSTAWOWE											
Nazwisko						Imię (imiona)					
Data urodzenia						Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie)	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe
PESEL						Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta			<input type="checkbox"/> mężczyzna	
2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA											
Kod pocztowy			-			Poczta					
Ulica						Nr domu / lokalu					
Miejscowość						Gmina					
Powiat						Województwo					
Tel. kontaktowy						Adres e-mail					
3. KRYTERIA REKRUTACYJNE											
A. KRYTERIA FORMALNE											
Osoba z niepełnosprawnością							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
– w tym: osoba z niepełnosprawnością ze względu na wzrok							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością (o ile co najmniej 1 z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością)							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Osoba/rodzina korzystająca ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Osoba/rodzina kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, ze względu na (wymagane odznaczenie co najmniej dwóch cech):							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
<input type="checkbox"/> ubóstwo/ <input type="checkbox"/> sieroctwo / <input type="checkbox"/> bezdomność / <input type="checkbox"/> niepełnosprawność / <input type="checkbox"/> długotrwałą lub ciężką chorobę <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> inne (wskazane w art. 7 ustawy o pomocy społecznej, wskazać jakie <sup>1</sup> : .....) 											

<sup>1</sup>) 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 narkomanie; 8) zdarzenia losowe i sytuacji kryzysowej; 9) klęskę żywiołową lub ekologiczną.



Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwego Powiatowego Urzędu Pracy nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– w tym: posiadam następujący profil pomocy:		<input type="checkbox"/> I profil <input type="checkbox"/> II profil <input type="checkbox"/> III profil <input type="checkbox"/> nie dotyczy
– w tym: osoba długotrwale bezrobotna* <i>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba niesamodzielna - ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność i/lub stan zdrowia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>B. KRYTERIA PREMIUJĄCE</b>		
Osoba/rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) <i>(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)</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba/rodzina zamieszkująca teren wiejski		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba/rodzina uboga <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>4. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności i/lub stanu zdrowia</b> (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> specjalistyczny sprzęt dla osób niewidomych/słabowidzących <input type="checkbox"/> druk materiałów powiększoną czcionką <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> inne: ..... .....	
<b>5. PREFEROWANE WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU</b>		
<input type="checkbox"/> WSPARCIE O CHARAKTERZE SPOŁECZNYM/EDUKACYJNYM/ZDROWOTNYM (m.in. warsztaty i doradztwo gospodarowania budżetem domowym itd.)		
<input type="checkbox"/> PROPONOWANE WSPARCIE O CHARAKTERZE ZAWODOWYM poprzedzone wsparciem społecznym/edukacyjnym/zdrowotnym:		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej i terminali płatniczych wraz z językiem rosyjskim”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Spawacz metodą MIG”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Pomoc kuchenna”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Kurs opiekuna osoby starszej i niepełnosprawnej tzw. Siostra PCK”		

<sup>2</sup>Osoba/rodzina uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki ubóstwa, tj. osoba/rodzina której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej. Od dnia 1 października 2015 r. dla osoby samotnie gospodarującej jest nim dochód nie przekraczający kwoty 634 zł, natomiast dla osoby w rodzinie – kwota 514 zł.



## 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: „Aktywna i otwarta integracja w województwie podlaskim”;
4. zamieszkuję na terenie powiatów: białostockiego / hajnowskiego / sokólskiego / miasta Białystok;
5. zostałem/am poinformowany, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny Podpis

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/y ....., oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym tzw. danych wrażliwych [tj. danych określonych w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U.2016 poz. 922) w przypadku realizowanego projektu są to wyłącznie dane wskazane w punkcie 3 i 4] przez Open Education Group Sp. z o.o., ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok oraz przez Fundację Szansa dla Niewidomych, ul. Chlubna 88, 03-051 Warszawa do celów związanych z realizacją projektu „Aktywna i otwarta integracja w województwie podlaskim” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.
2. Zostałem/am poinformowany/a że dane osobowe mogą być przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.
3. Zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania, zgodnie z art.24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U.2016 poz. 922).
4. Zostałem/am poinformowana/y, że każdemu uczestnikowi projektu przysługuje prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
5. Przekazanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny Podpis

**BIURO PROJEKTU:**  
Fundacja Szansa dla Niewidomych  
(Tyflopunkt w Białymstoku)  
ul. Legionowa 14/16 lok. 203, 15-099 Białystok  
tel. +48 85 743 65 12,  
e-mail: bialystok@szansadlaniewidomych.org

**ODDZIAŁ BIURA PROJEKTU:**  
Open Education Group Sp. z o.o.  
ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok  
tel. 85-869-11-69, fax 85-869-11-70,  
e-mail: projekt@aktywna-integracja.pl