|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu** |  |
| **Nr ewidencyjny** |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY FIZYCZNEJ / WYZNACZONEJ Z PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ/ INSTYTUCJI**

*do projektu „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu koszalińskiego”*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Reprezentuję podmiot ekonomii społecznej | * Tak   (nazwa ................................................................................)   * Nie * Nie dotyczy |
| 4 | Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość) |  |
| 5 | Gmina/Powiat | / |
| 6 | Telefon kontaktowy |  |
| 7 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| 8 | PESEL |  |
| 9 | Płeć | * Kobieta * Mężczyzna |
| 10 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) * policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) * wyższe |
| 11 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | * tak * nie |
| w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | * tak * nie |
| 12 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | * tak * nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13 | Osoba z niepełnosprawnościami | * tak (załączyć kserokopię zaświadczenia  o niepełnosprawności) * nie |
| w tym | * o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; * z niepełnosprawnościami sprzężonymi,  z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób  z zaburzeniami psychicznymi * nie dotyczy |
| 14 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * tak * nie |
| 15 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * tak * nie |
| 16 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wykazane powyżej) | * osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej  z powodu m.in.: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo - wychowawczych, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii * osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; * przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo- wychowawczych, o których mowa  w ustawie z dnia 9.06.2011r. o wspieraniu rodziny  i systemie pieczy zastępczej; * nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania  i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie  z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382); * przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa  w ustawie z dnia 7.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz. U.  z 2004r. Nr 256, poz.2572, z późn. zm.); * rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem  z niepełnosprawnością; * zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą  z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.); * niesamodzielne * osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 -2020 * nie dotyczy |
| 17 | Jestem osobą, która  korzystała ze wsparcia w  ramach Pi 9i, czyli innego  projektu dotyczącego  integracji społecznej (w latach 2014-2020) | ◻ tak  tytuł projektu/instytucja udzielająca wsparcia – realizator  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  ◻ nie |
| 18 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy * w tym długotrwale bezrobotna * w tym inne * osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy * w tym długotrwale bezrobotna * w tym inne * Nieaktywny/a zawodowo * w tym osoba ucząca się * w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * w tym inne * Osoba pracująca, w tym w: * administracji rządowej * administracji samorządowej * prowadząca działalność na własny rachunek * MMŚP * dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) * organizacji pozarządowej * Inne ………………………………………………………... |
| 19 | Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy) | * …………………………………………………………………………………………………………………………….……… * Nie dotyczy |
| 20 | Wykonywany zawód | * instruktor/ka praktycznej nauki zawodu * nauczyciel/ka kształcenia ogólnego * nauczyciel/ka wychowania przedszkolnego * nauczyciel/ka kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik/ca instytucji rynku pracy * pracownik/ca instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik/ca systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik/ca ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik/ca poradni psychologiczno - pedagogicznej * inny ………………………………………………... * Nie dotyczy |
| 21 | Zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie na  zasadach określonych w Regulaminie Sieci Zachodniopomorskich Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej | opieka nad osobą zależną (na podstawie odrębnego wniosku o udzielenie wsparcia)   * tak * nie   zwrot kosztów podróży (na podstawie odrębnego wniosku o udzielenie wsparcia)   * tak * nie |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA**  Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących udzielanego wsparcia i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania  o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.  Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam że powyższe dane są zgodne z prawdą.  Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne i zapoznałem/am się z Regulaminem Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń. |
| Data……./……/……………r. ……………………………………………………………………  (podpis) |
| Załączniki:  ……………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………….. |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie **„Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - OŚRODEK WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ DLA REGIONU KOSZALIŃSKIEGO”** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Działanie 7.3.
2. Deklaruję, że w wyniku działań prowadzonych w ramach wspomnianego projektu planuję podjąć kroki w celu utworzenia podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie.
3. Zobowiązuję się do:

* udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu koszalińskiego;
* regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych zgodnie z wyznaczoną ścieżką wsparcia;
* wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu;
* udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu;
* informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem.
* dostarczenia dokumentów poświadczających podjęcie zatrudnienia w trakcie trwania projektu lub w okresie do 3 miesięcy po jego zakończeniu.

1. Zostałam/em poinformowany, że przysługują mi:

* bezpłatne szkolenia (podstawowe/specjalistyczne/eksperckie) i bezpłatne materiały szkoleniowe;
* bezpłatne wsparcie doradcze (podstawowe/specjalistyczne/biznesowe) i animacyjne;
* catering na szkoleniach/wsparciu doradczym
* inne - zgodnie z ofertą OWES.

……………………………………… ……………………………………

miejsce, data podpis uczestnika/czki projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej – Ośrodek Wsparcia dla regionu koszalińskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020;
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:

* 1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia   
     17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

* 1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich   
     oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego   
     i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  4. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

1. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej – Ośrodek Wsparcia   
   dla regionu koszalińskiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020);
2. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie, ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt i partnerom - Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin; Fundacja Nauka dla Środowiska, ul. Racławicka 15-17, 75-620 Koszalin; Gmina Miejska Wałcz, Plac Wolności 1, 78-600; 4C Centrum Ekonomii Społecznej Spółka z o.o., ul. Adama Asnyka 9/17, 71-526 Szczecin; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem,   
   ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Gmina Pyrzyce, Plac Ratuszowy 1, 74-200 Pyrzyce   
   oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu; moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego[[1]](#footnote-1), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta; moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020;
3. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
4. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
5. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
7. udzielam realizatorom projektu nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z ich działalnością i celami.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………………… |
| *miejscowość i data* | *czytelny podpis uczestnika/czki projektu* |

**DANE UZUPEŁNIANIE PRZEZ REALIZATORA PROJEKTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Rodzaj uczestnika/uczestniczki |  |
| 2 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | ……./……/……………r. |
| 3 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 4 | Data zakończenia udziału w projekcie | ……./……/……………r. |
| 5 | Zakończenie udziału zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | * tak * nie |
| 6 | Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| 7 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | ……./……/……………r. |
| 8 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | ……./……/……………r. |
| 9 | Data założenia działalności gospodarczej (jeśli dotyczy) | ……./……/……………r. |
| 10 | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej |  |
| 11 | PKD założonej działalności |  |
| 12 | Obszar (wg stopnia urbanizacji DEGURBA) | * obszar gęsto zaludniony - kod klasyfikacji 1 * obszar o średniej gęstości – kod klasyfikacji 2 * obszar słabo zaludniony – kod klasyfikacji 3 |
| 13 | Obszar zamieszkania | * miejski * wiejski |
| 14 | Status osoby na rynku pracy w chwili zakończenia udziału w projekcie (w przypadku zmiany wymagane jest załączenie dokumentu poświadczającego) | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy * w tym długotrwale bezrobotna * w tym inne * osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy * w tym długotrwale bezrobotna * w tym inne * Nieaktywny/a zawodowo * w tym osoba ucząca się * w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * w tym inne * Osoba pracująca, w tym w: * administracji rządowej * administracji samorządowej * prowadząca działalność na własny rachunek * MMŚP * dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) * organizacji pozarządowej * Inne ………………………………………………………... |
| 15 | Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy) |  |

1. Powierzający oznacza Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, który jako administrator danych osobowych powierzył Instytucji Pośredniczącej w drodze odrębnego *Porozumienia w sprawie powierzenia Instytucji Pośredniczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego* 2014-2020 przetwarzanie danych osobowych ze zbiorów: (1) Projekty RPO WZ 2014-2020, (2) Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych. [↑](#footnote-ref-1)