Załącznik nr 2

*wypełnia realizator projektu*

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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY FIZYCZNEJ / WYZNACZONEJ**

**Z PODMIOTU/INSTYTUCJI/PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ**

do projektu *„SZOWES - OWES w regionie koszalińskim*

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

Numer wniosku: RPZP.07.03.00-32-K003/18 z dn. 21.12.2018 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Imię |  | |
| 2 | Nazwisko |  | |
| 3 | Reprezentuję podmiot ekonomii społecznej | * tak (nazwa ....................................................................................) * nie * nie dotyczy | |
| 4 | PESEL |  | |
| 5 | Płeć | * kobieta * mężczyzna | |
| 6 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) * policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) * wyższe | |
| 7 | Miejsce zamieszkania | Województwo: Zachodniopomorskie / Polska  Powiat ……………………………………………………………………………………………………..  Gmina ……………………………………………………………………………………………………..  Miejscowość ……………………………………………………………………………………………  Kod pocztowy/ poczta ……-…………… ………………………………………………………..  Ulica (nr domu/lokalu) …………………………………………………….………………………  Wskazane miejsce zamieszkania jest na obszarze rewitalizacji zgodnie z przyjętym Lokalnym/ Gminnym Programem Rewitalizacji   * tak * nie | |
| 8 | Telefon kontaktowy |  | |
| 9 | Adres poczty elektronicznej |  | |
| 10 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  *(jeśli dotyczy - proszę zaznaczyć jedną główną odpowiedź i wewnątrz niej jedną)* | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrze urzędu pracy * w tym długotrwale bezrobotna * w tym inne * osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy * w tym długotrwale bezrobotna * w tym inne * osoba nieaktywna zawodowo * w tym osoba ucząca się, (np. student) * w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * w tym inne, np. * emeryt * rencista * osoba pracująca, w tym w: * administracji rządowej * administracji samorządowej * prowadząca działalność na własny rachunek * MMŚP (przedsiębiorstwie do 249 pracowników) * dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) * organizacji pozarządowej * inne …………………………………………………….………... | |
| 11 | 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 (jaki?) ………………………………………………...   nie dotyczy | |
| 12 | Miejsce zatrudnienia  *(jeśli dotyczy - wpisać nazwę)* | …………………………………………………….……………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………   * nie dotyczy | |
| 13 | Osoba z niepełnosprawnościami  *(załączyć ksero zaświadczenia o niepełnosprawności - jeśli dotyczy)* | * tak*,* w tym*:* * o znacznym lub umiarkowanym stopniu * z niepełnosprawnościami sprzężonymi / niepełnosprawnością intelektualną / z zaburzeniami psychicznymi * nie dotyczy | * nie * odmowa podania informacji |
| 14 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * tak * nie * odmowa podania informacji | |
| 15 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * tak * nie * odmowa podania informacji | |
| 16 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  (innej niż wykazane powyżej  pkt. 13-15)  *(jeśli dotyczy - proszę zaznaczyć jedną główną odpowiedź i wewnątrz niej jedną)* | * **osoby korzystające ze świadczeń z pomocy lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj.** **spełniające co najmniej jedną z przesłanek** określonych w art. 7 ustawy z dn. 12.03.2004 o pomocy społecznej; z powodu m.in: * ubóstwa * sieroctwa * bezdomności * bezrobocia * niepełnosprawności * długotrwałej lub ciężkiej choroby * przemocy w rodzinie * potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi * potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności * bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych/ wielodzietnych * trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy * trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego * alkoholizmu lub narkomanii * zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej * klęski żywiołowej lub ekologicznej * **osoba, która podlega wykluczeniu społecznemu** i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dn. 13.06.2003 o zatrudnieniu socjalnym, w szczególności: * bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej * uzależniona od alkoholu * uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających * chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego * długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy * zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej * uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej * osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych * **osoba przebywająca w pieczy zastępczej** lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; * **osoba nieletnia**, wobec którego zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dn. 26.10.1982 o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U.2014, p.382); * **osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii**, o której mowa w ustawie z dnia 7.09.1991 o systemie oświaty (Dz.U.2004, p.2572 z późn. zm.); * **członek gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością**, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; * **osoba niesamodzielna** (*tj., która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)* * **osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** 2014-2020 *(tj. pobierająca pomoc w formie paczek)* * **osoba uboga pracująca** *(osoba wykonująca pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie i jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki ubóstwo, tj. której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej)* * odmowa podania informacji * **nie dotyczy** | |
| 17 | Jestem osobą, która korzystała ze wsparcia w ramach Pi 9i, czyli innego projektu dot. integracji społecznej (w latach 2014-2020) | ◻ tak - tytuł projektu/instytucja udzielająca wsparcia – realizator  …………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………..  ◻ nie  PI 9i to projektu realizowane w ramach działań: *7.1 Programy na rzecz integracji osób i rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym ukierunkowane na aktywizację społeczno-zawodową wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, społecznej, zawodowej (RPO WZP 2014-2020), 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej KIS, CIS, ZAZ, WTZ (RPO WZP 2014-2020),* 2.5 Skuteczna pomoc społeczna (POWER), 2.6 Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych (POWER), 2.7 Zwiększenie szans na zatrudnienie osób szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym (POWER), 4.1 Innowacje społeczne MIKRO-INNOWACJE (POWER), 4.2 Programy mobilności ponadnarodowej (POWER), 4.3 Współpraca ponadnarodowa (POWER) | |
| 18 | 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 | |

|  |
| --- |
| 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 Wsparcie Ekonomii Społecznej i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń. |
| Data ……./……/……………r. ……………………………………………………  (podpis) |
| Załączniki:  2.1 Deklaracja uczestnictwa w Projekcie  2.2.1 Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki Projektu  2.2.2 Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki Projektu (dotyczy tylko osób z niepełnosprawnością)  2.3 Informacja dla osób fizycznych ukierunkowanych za założenie i prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego/ zatrudnienie w przedsiębiorstwie społecznym (jeśli dotyczy)  2.4 Deklaracja zawiązania grupy inicjatywnej na rzecz założenia i prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego (jeśli dotyczy). |

Załącznik nr 2.1

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie **„SZOWES - OWES W REGIONIE KOSZALIŃSKIM”** 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 przedsiębiorstwa społecznego/ podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju sektora ekonomii społecznej   
   w regionie/ podjęcia zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym\*.
3. Zobowiązuję się do:

* udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach *„SZOWES - OWES w regionie koszalińskim”*.
* 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 (jeśli dotyczy).

1. Zostałam/em poinformowany, że przysługują mi m.in.:

* Bezpłatne szkolenia (podstawowe/ specjalistyczne/ eksperckie/ branżowe/ indywidualne szkolenia zawodowe) i bezpłatne materiały szkoleniowe;
* bezpłatne wsparcie doradcze (podstawowe/specjalistyczne/biznesowe) i animacyjne;
* serwis kawowy/poczęstunek na szkoleniach/wsparciu doradczym,
* inne - zgodnie z ofertą OWES.

Miejscowość, dataCzytelny podpis uczestnika/czki projektu\*

\* - niewłaściwe skreślić

Załącznik 2.2.1

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

*(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art.13 i art.14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)*

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „***SZOWES OWES w regionie koszalińskim***” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020,   
   w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
3. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
5. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
7. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
   1. w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
8. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
9. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
10. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
11. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
12. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „***SZOWES - OWES w regionie koszalińskim***”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
13. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy 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. Tkacka 19-22/303, 70-556 Szczecin; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem, ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Fundacja Inicjatyw Społeczno-Gospodarczych KOMES, ul. Gen. Rayskiego 3/19, Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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 RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
14. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
15. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
16. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
18. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
20. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
21. [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl)
22. [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)
23. [iod@karrsa.pl](mailto:iod@karrsa.pl)
24. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
25. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

Udzielam Beneficjentowi realizującemu projekt i jego partnerom nieodpłatnego i nieograniczonego czasowo zezwolenia na wielokrotne wykorzystywanie i rozpowszechnianie zdjęć z moim wizerunkiem w celach zgodnych z działalnością beneficjenta realizującego projekt i jego partnerów, w tym także w celach promocyjno-marketingowych. Zezwolenie obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę, powielanie i rozpowszechnianie zdjęć w dowolnej formie i za pośrednictwem dowolnego medium, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania przeze mnie sposobu wykorzystania zdjęć.

Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

Załącznik 2.2.2

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH\*** dotyczy osób z niepełnosprawnością

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „***SZOWES OWES w regionie koszalińskim***” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz akcetuję, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020,   
   w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
3. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
   1. w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
5. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
7. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
   1. w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
8. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
9. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
10. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
11. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
12. Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „***SZOWES - OWES w regionie koszalińskim***”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
13. Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy 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. Tkacka 19-22/303, 70-556; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem, ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Fundacja Inicjatyw Społeczno-Gospodarczych KOMES, ul. Gen. Rayskiego 3/19, Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. 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 RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
14. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
15. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
16. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
18. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
20. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
21. [abi@wzp.pl](mailto:abi@wzp.pl)
22. [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)
23. [iod@karrsa.pl](mailto:iod@karrsa.pl)
24. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
25. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

Udzielam Beneficjentowi realizującemu projekt i jego partnerom nieodpłatnego i nieograniczonego czasowo zezwolenia na wielokrotne wykorzystywanie i rozpowszechnianie zdjęć z moim wizerunkiem w celach zgodnych z działalnością beneficjenta realizującego projekt i jego partnerów, w tym także w celach promocyjno-marketingowych. Zezwolenie obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę, powielanie i rozpowszechnianie zdjęć w dowolnej formie i za pośrednictwem dowolnego medium, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania przeze mnie sposobu wykorzystania zdjęć.

Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

Załącznik nr 2.3

**INFORMACJA DLA OSOBY FIZYCZNEJ UKIERUNKOWANEJ NA ZAŁOŻENIE I PROWADZENIE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO/ ZATRUDNIENIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | Dane osoby fizycznej | 1 | Imię i nazwisko |  |
| II | Planowana działalność | 1 | Prowadzę/ prowadziłem/-am własną działalność gospodarczą? | □ TAK  data zamknięcia (miesiąc/rok) …………………………………… (jeśli dotyczy)  data zawieszenia (miesiąc/rok) …………………………………… (jeśli dotyczy) □ NIE |
| 2 | Członkowie grupy inicjatywnej, tj. pozostałych osób fizycznych/ podmiotów biorących udział w rekrutacji, z którymi podmiot/instytucja zamierza założyć przedsiębiorstwo społeczne (imię i nazwisko/nazwa podmiotu) oraz wskazanie ich roli w strukturach podmiotu | 1.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 2.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 3.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 4.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 5.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 6.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 7.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 8.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 9.Imię i nazwisko ……………………………………………..  Planowana rola ………………………………………………. |
| 10.Imię i nazwisko ……………………………………………  Planowana rola ………………………………………………. |
| 3 | Zamierzam podjąć działalność w formie przedsiębiorstwa społecznego/ podjąć zatrudnienie w przedsiębiorstwie społecznym zarejestrowanym na terenie województwa zachodniopomorskiego | □ TAK □ NIE |
| 4 | Forma wsparcia, której otrzymaniem grupa inicjatywa jest zainteresowana | ◻ Szkolenia ◻ Doradca zawodowy/ psycholog/ mentoring/ tutoring  ◻ Kluczowe doradztwo biznesowe/ doradztwo kluczowe ◻ Usługi reintegracyjne ◻ Szkolenia zawodowe ◻ Wizyty studyjne ◻ Wsparcie finansowe ◻ Wsparcie pomostowe ◻ Wsparcie pomostowe niefinansowe ◻ Inne jakie?…………………… |
| 5 | Rodzaj planowanej/ prowadzonej działalności | ◻ Handlowa ◻ Usługowa ◻ Produkcyjna |
| 6 | Numer PKD głównej planowanej /prowadzonej działalności |  |
| 7 | Opis zakresu planowanej/ prowadzonej działalności w tym sektor, branża, lokalizacja, licencje wymagane dla planowanej/ prowadzonej działalności itp.) |  |
| 8 | Oferta przedsiębiorstwa społecznego (oferowane produkty/ towary/usługi, cechy wyróżniające, pozwolenia i koncesje |  |
| 9 | Rynek na jakim będzie działać przedsiębiorstwo społeczne (zasięg, opis potencjalnych odbiorców, analiza konkurencji i dostawców itp.) |  |
| 10 | Opis mocnych stron i możliwości dalszego rozwoju planowanego przedsięwzięcia |  |
| 11 | Opis słabych stron i wskazanie zagrożeń, które mogą utrudnić realizację przedsięwzięcia oraz wskazanie działań naprawczych |  |
| 12 | Planowany koszt inwestycji – całkowita wartość brutto  w tym: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| wartość przeznaczonej planowanej dotacji na utworzenie miejsca pracy(netto) – dotyczy również stawki jednostkowej | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| inne środki w wysokości brutto (określić jakie np. kredyt, środki własne, dotacje z innego źródła, pożyczka itp.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| 13 | Wnioskowaną dotację na utworzenie miejsca pracy planujemy przeznaczyć na następujące inwestycje (wymienić) |  |
| 14 | Zakładamy zatrudnienie pracowników (w jakim terminie, liczba, charakter zatrudnienia). |  |
| 15 | W przypadku nieotrzymania wsparcia w formie dotacji na utworzenie miejsca pracy  *\*niewłaściwe skreślić* | * utworzymy miejsce/a pracy w nowym/istniejącym\* przedsiębiorstwie społecznym * nie utworzymy miejsc pracy w nowym/istniejącym\* przedsiębiorstwie społecznym |
| 16 | Posiadane zasoby, w tym kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności i/lub wykonywania zadań na danym stanowisku. |  |

|  |
| --- |
| Ja niżej podpisany, świadoma/-y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art.233 §1 Kodeksu Karnego następujące oświadczenia: |
| 1. Potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie informacji zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach. 2. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z „Regulaminem udziału w projektach dofinansowanych w ramach działania 7.3 RPO WZP 2014-2020”/”Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków na finansowych na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych w ramach działania 7.3 RPO WZP 2014-2020”\* i akceptuję przedstawione warunki bez zastrzeżeń. 3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności pozwalające na udział w Projekcie. 4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie zarówno na etapie rekrutacji, jak i na etapie oceny wniosków o przyznanie dotacji na utworzenie miejsca pracy i wsparcie pomostowe. 5. Oświadczam, że nie korzystałem/am z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WZ 2014-2020 związanych z założeniem/ przystąpieniem lub zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (w tym spółdzielni socjalnej).   Oświadczam, że nowotworzony podmiot, zostanie wpisany na listę przedsiębiorstw społecznych po utworzeniu/ przekształceniu, co jest obligatoryjne w przypadku przyznania i przekazania środków finansowych (jeśli dotyczy). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| data | miejscowość | podpis uczestnika/-czki |
| Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów monitoringu oraz ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.). | | |
| ……………………….. | ……………………….. | ……………………….. |
| data | miejscowość | podpis uczestnika/-czki |

Załącznik 2.4

**DEKLARACJA ZAWIĄZANIA GRUPY INICJATYWNEJ NA RZECZ ZAŁOŻENIA/PROWADZENIA PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO/ZATRUDNIENIA W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM**

My, niżej podpisani deklarujemy chęć uczestnictwa w projekcie „SZOWES - OWES w regionie koszalińskim” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.

W związku z formalnymi wymogami projektu, wraz z wymienionymi poniżej osobami fizycznymi/ podmiotami tworzymy grupę inicjatywną, która w wyniku zaplanowanej indywidualnej ścieżki wsparcia i pozytywnej oceny Wniosku o przyznanie dotacji przekształci się/ zarejestruje w Krajowym Rejestrze Sądowym przedsiębiorstwo społeczne stworzy miejsce pracy na okres nie krótszy niż 12 miesięcy

(Imię i nazwisko/nazwa podmiotu lub instytucji):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Podmiot/instytucja** | **Data** | **Podpis** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych”, akceptuje jego zapisy oraz zobowiązuje się przestrzegać zawartych tamże warunków uczestnictwa w Projekcie.

Miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

Informacje kadry merytorycznej SZOWES (krótki opis grupy) *WYPEŁNIA WŁAŚCIWY OWES W SUBREGIONIE*

Miejscowość, data czytelny podpis przedstawiciela SZOWES

**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 zakończenia 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) |  |