



Załącznik nr 1 do  
**REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**  
**"Aktywna integracja mieszkańców powiatu bieruńsko-lędzińskiego"**  
Numer identyfikacyjny wniosku o dofinansowanie projektu:  
FESL.07.02-IZ.01-05HH/23

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY dla kandydatów do udziału w projekcie

### CZĘŚĆ - A – DANE WSPÓLNE

Lp.	Nazwa:	Dane:
1	Nazwa Beneficjenta	Powiat Bieruńsko - Lędziński
2	Nazwa Realizatora	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach
3	Tytuł projektu	"Aktywna integracja mieszkańców powiatu bieruńsko-lędzińskiego "
4	Numer wniosku	FESL.07.02-IZ.01-05HH/23
5	Priorytet	Priorytetu VII Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
6	Działanie	7.2 Aktywna integracja

### CZĘŚĆ – B – DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Lp.	Zakres danych:	Dane:
7	Imię	
8	Nazwisko	
9	Nr PESEL lub brak	
10	Płeć	
11	Data urodzenia	
12	Ukończony wiek	
13	Obywatelstwo	
14	Kraj zamieszkania	



15. <b>ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU</b> <b>zgodnie z k.c.*</b>	
ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Gmina	
Powiat	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Obszar (miejski lub wiejski)	
16 Telefon kontaktowy	stacjonarny: (32) ..... komórkowy: +48 .....
17 Adres e-mail	.....@.....
18 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
19 Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek

\*Zgodnie z Art. 25 k.c. „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. Art. 26 § 1. Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej. §2. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.

Art. 27. Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.

Art. 28. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania”



POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA PODSTAWOWYCH I DODATKOWYCH KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH W PROJEKCIE			
Lp.	Oświadczam, że:	Dane:	
20	Jestem mieszkańcem Powiatu Bieruńsko - Łędzińskiego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
21	<b>Posiadam status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z pkt 1.6 Regulaminu konkursu w następującej/cych kategorii/kategoriach;</b>		
A	<b>osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej</b> 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; <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach);</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
B	<b>osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym</b> (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia;</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
C	<b>osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</b> , 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.); <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej;</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
D	<b>osoba z niepełnosprawnościami;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika są następujące dokumenty np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o niepełnosprawności</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



	wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, 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;		
E	<b>członkowie gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
F	<b>osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
G	<b>osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
H	<b>osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
I	<b>osoba odbywające karę pozbawienia wolności, objęta dozorem elektronicznym;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego;	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
J	<b>osoba korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



	<i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność;</i>		
K	<b>osoba należąca do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę na uczestnikiem;</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
L	<b>osoba objęta ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców;</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
M.	<b>osoba wykluczona komunikacyjnie;</b> <u>Wymagany dokument potwierdzający status:</u> <i>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika 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” - dotyczy tylko Gmin;</i> <b><i>Bieruń i Bojszowy (wykluczenie komunikacyjne nie może stanowić jedynej przesłanki wykluczenia w celu kwalifikacji uczestnika do projektu)</i></b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
22.	<b>Czy posiada Pan/ Pani jakieś szczególne potrzeby w związku z Pani chęcią udziału w projekcie? Proszę zaznaczyć i/lub je krótko opisać.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: .....</li> <li>○ Zapewnienie tłumacza języka migowego? .....</li> <li>○ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? .....</li> <li>○ Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: .....</li> </ul>	



		<p>○ Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:</p> <p>.....</p>
--	--	--

**Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie, oświadczam, że:**

Zapoznałam/Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie "Aktywna integracja mieszkańców powiatu bieruńsko-lędzkiego" wraz z załącznikami i go akceptuję.

Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i znana jest mi treść art. 233§ 1 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Mam również prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwości ich poprawienie, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność.

Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L. 119, s.1), zw. RODO.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że na każdym etapie realizacji projektu istnieje możliwość zgłaszania podejrzenia o niezgodności projektu (operacji) lub działań beneficjenta tj. **Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach** z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych do Instytucji Pośredniczącej / Instytucji Wdrażającej / Instytucji Zarządzającej. Opis procedury zgłaszania podejrzeń o niezgodności projektu/ operacji jest zawarty w „załączniku nr 3 - Procedura służąca do włączania zapisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON) do praktyki wdrażania programów” zamieszczona do Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027.

<b>Miejscowość, data:</b>	
<b>Czytelny podpis osoby Zgłaszającej się</b>	
<b>Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę na udział osoby Zgłaszającej się (dotyczy osób niepełnoletnich)</b>	

Załączniki do formularza;

Załącznik nr 1.1 – Dokument potwierdzający status kandydata

Załącznik nr 1.2 - Klauzula RODO