**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU****„Social Silver”(FEPZ.06.18-IP.01-0026/24)**projekt realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**CZĘŚĆ A**

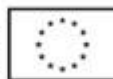
(wypełnia uczestnik drukowanymi literami lub oznaczać odpowiednio znakiem „x” we właściwym polu)

Dane uczestnika:

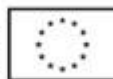
Nazwisko:		Imię:	
Obywatelstwo (zaznaczyć „x”):	<input type="checkbox"/> polskie	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpieczeństwa
PESEL:			
Miejscowość:		Powiat:	Gmina:
Kod pocztowy:			
tel.:		e-mail:	
Wykształcenie (zaznaczyć „x”):	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne lub policealne	<input type="checkbox"/> wyższe

Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć „x”):

Osoba obcego pochodzenia (osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z krajów trzecich (osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE lub bezpieczeństwa)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanych)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



Szczegóły wsparcia (zaznaczyć „x”):	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca
w tym	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
w tym	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna
w tym	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	



CZĘŚĆ B (wypełnia realizator)				
Kadra CAiWS pracująca z seniorami 60+ /wolontariuszami	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Senior 60 + /wolontariusz	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Rodzaj przyznanego wsparcia:				
<input type="checkbox"/> Krajowe szkolenie/kurs				
<input type="checkbox"/> Doradztwo/ konsultacje, w tym:	<input type="checkbox"/> Doradztwo/pomoc prawna <input type="checkbox"/> inne			
<input type="checkbox"/> Krajowa wizyta studyjna				
<input type="checkbox"/> Zagraniczna wizyta studyjna				
<input type="checkbox"/> Usługa społeczna				
<input type="checkbox"/> inne				
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:				
<input type="checkbox"/> sytuacja społeczna osoby uległa poprawie	<input type="checkbox"/> sytuacja w trakcie monitorowania			
<input type="checkbox"/> inne				
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką wsparcia	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie

Potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika projektu

- zaświadczenie o zatrudnieniu w CAiWS
- na podstawie dokumentu tożsamości potwierdzającego wiek uczestnika, miejsce zamieszkania, oświadczenie uczestnika
- orzeczenie o niepełnosprawności lub inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia lekarska, orzeczenie o niezdolności do pracy

.....
data i podpis przedstawiciela realizatora projektu

Oświadczenie uczestnika/czki

Ja, niżej podpisana/y deklaram gotowość do uczestnictwa w projekcie partnerskim pn. Social Silver realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej UM WZ w Szczecinie, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego. Działanie 06.18 rozwój usług społecznych w tym świadczonych w społeczności lokalnej; cel szczegółowy: zwiększenie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacji systemów socjalnych, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Social Silver”.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, tzn.:

- mam adres zameldowania lub zamieszkania na terenie województwa zachodniopomorskiego;
- nie otrzymuję aktualnie wsparcia z innego projektu z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanego ze środków EFS+. Przyjmuję do wiadomości brak możliwości jednoczesnego otrzymywania wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS +. W przypadku zmiany tej sytuacji zobowiązuję się poinformować o tym fakcie organ właściwy.

Przynależę do następującej grupy odbiorców projektu (*zaznaczyć właściwe*):

- kadra pracująca z seniorami i wolontariuszami CAiWS
- senior/wolontariusz
- osoba z niepełnosprawnością

3. Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów informacyjnych, sprawozdawczych i promocyjnych.

4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

5. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....

(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

KLAUZULA INFORMACYJNA

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

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Social Silver” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Województwo Zachodniopomorskie mający siedzibę przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 40, 70-421 Szczecin, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym: Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: Gmina Miasto Szczecin z siedzibą pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin/ Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą ul. Sikorskiego 3, 70-323 Szczecin; Gmina Miasto Wałcz z siedzibą Plac Wolności 1, 78-600 Wałcz; Gmina Resko z siedzibą ul. Rynek 1, 72-315 Resko/ Centrum Usług Społecznych z siedzibą ul. Bohaterów Monte Cassino 10 72-315 Resko; Gmina Postomino z siedzibą 76-113 Postomino 30/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą 76-113 Postomino 30; Gmina Osina z siedzibą 76-113 Osina 62/ Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą 76-113 Osina 62; Gmina Grzmiąca z siedzibą ul. 1Maja 7, 78-450 Grzmiąca; Gmina Gryfino z siedzibą ul. 1 Maja 16, 74-100 Gryfino/ Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą ul. Łużycka 12, 74-100 Gryfino; Gmina Choszczno z siedzibą ul. Wolności 25, 73-200 Choszczno/ Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą ul. Wolności 41, 73-200 Choszczno; Gmina Biesiekierz z siedzibą 76-039 Biesiekierz 103/ Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą 76-039 Biesiekierz 13
2. 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 FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
 - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
 - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Social Silver”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
5. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
7. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
 - a) iod@wup.pl
 - b) abi@wzp.pl
8. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
10. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
11. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu