

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce”

## FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY MAŁOLETNIEJ

|                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Tytuł projektu: Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce</b> |  |
| <b>Nr projektu: FESW.09.05-IZ.00-0013/25</b>                             |  |
| <b>Data wpływu formularza zgłoszeniowego</b>                             |  |
| <b>Nadany numer formularza</b>                                           |  |
| <b>Podpis osoby przyjmującej formularz</b>                               |  |

|                                     |                                  |                                                                                                 |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DANE OSOBOWE:</b>                |                                  |                                                                                                 |
| <b>Imię</b>                         |                                  |                                                                                                 |
| <b>Nazwisko</b>                     |                                  |                                                                                                 |
| <b>Płeć</b>                         | <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                              |
| <b>Obywatelstwo</b>                 | <input type="checkbox"/> polskie | <input type="checkbox"/> brak obywatelstwa polskiego – obywatel kraju UE                        |
|                                     |                                  | <input type="checkbox"/> brak obywatelstwa polskiego – obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec |
| <b>PESEL lub inny identyfikator</b> |                                  |                                                                                                 |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>          |                                  |                                                                                                 |
| <b>Kraj</b>                         | POLSKA                           |                                                                                                 |
| <b>Województwo</b>                  | ŚWIĘTOKRZYSKIE                   |                                                                                                 |
| <b>Powiat</b>                       | BUSKI                            |                                                                                                 |
| <b>Gmina</b>                        | BUSKO-ZDRÓJ                      |                                                                                                 |
| <b>Kod pocztowy</b>                 | 28-100 BUSKO-ZDRÓJ               |                                                                                                 |
| <b>Miejscowość</b>                  |                                  |                                                                                                 |
| <b>Ulica</b>                        |                                  |                                                                                                 |
| <b>Numer domu/lokalu</b>            |                                  |                                                                                                 |
| <b>Telefon</b>                      |                                  |                                                                                                 |
| <b>Adres e-mail</b>                 |                                  |                                                                                                 |

| STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU:                                                              |                                                    |                              |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Osoba obcego pochodzenia                                                                 |                                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Osoba państwa trzeciego                                                                  |                                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej w tym społeczności marginalizowane | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                          | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami                                                            | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

| KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWO:                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| W związku z przystąpieniem do projektu „Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce”, oświadczam, że:                                                                                                                                                                |                              |                              |
| Przebywam poza rodziną biologiczną ( <i>Weryfikacja na podstawie stosownego dokumentu – np. Postanowienie Sądu</i> )                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością ( <i>Weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, np. orzeczenie / opinia lekarska o stanie zdrowia, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub zajęć rewalidacyjno-wychowawczych</i> ) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

## 1. ANKIETA DOTYCZĄCA OCZEKIWAŃ OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI

W celu zapewnienia możliwości pełnego uczestnictwa, proszę określić swoje potrzeby, specjalne wymagania lub bariery związane z udziałem w projekcie:

- 1) Jakie są potrzeby wynikające z posiadanej niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Ci udział w działaniach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

- Sale zajęciowe dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami:

☐ dostosowanie architektoniczne budynków (podjazdy/winda, sala zlokalizowana na parterze, toalety przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami, właściwe oznakowanie budynków poprzez wprowadzanie elementów kontrastowych, itp.);



☐ wyposażenie sal i innych pomieszczeń dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, np. pętla indukcyjna dla niesłyszących;

☐ inne, jakie .....

• Zapewnienie materiałów edukacyjnych ułatwiających komunikację:

☐ duża czcionka

☐ kontrast

☐ wydruk materiałów

☐ materiały w wersji elektronicznej

☐ inne, jakie? .....

• Zapewnienie osoby wspomagającej:

☐ tłumacz języka migowego

☐ asystent osobisty/wolontariusz wspomagający

☐ przewodnik dla osoby mającej trudności w widzeniu

☐ inne – proszę wskazać .....

2) Jakie inne problemy/bariery wynikające z posiadanej niepełnosprawności dostrzegasz w związku z udziałem w projekcie? Jakie są inne szczególne potrzeby?

.....  
.....

3) Informacje o posiłkach. Czy uczestnik zamierza korzystać z posiłków zapewnianych przez organizatora?

☐ tak

☐ nie

• Preferencje dietetyczne / ograniczenia żywieniowe (proszę zaznaczyć lub opisać):

☐ wegetariańska

☐ wegańska

☐ bezglutenowa

☐ bezlaktozowa

☐ inne – proszę opisać .....

.....  
.....

• Alergie pokarmowe (proszę wymienić):

.....

## 2. OŚWIADCZENIA / ZGODY UCZESTNIKA PROJEKTU

- 1) Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej ze złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy oświadczam, że dane wpisane w Formularzu rekrutacyjnym osoby małoletniej – są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji i równocześnie zobowiązuję się poinformować realizatora projektu w sytuacji wystąpienia zmiany danych.
- 2) Oświadczam, iż uczestnicząc w procesie rekrutacyjnym, zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce” i akceptuję jego wszystkie postanowienia oraz spełniam kryteria przynależności do grupy docelowej.
- 3) Wyrażam dobrowolną wolę uczestnictwa w projekcie „Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce”, realizowanym przez Gminę Busko-Zdrój/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Busku – Zdroju na podstawie umowy nr FESW.09.05-IZ.00-0013/25 zawartej z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego, pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
- 4) Jestem świadoma/y, że zgłoszenie woli uczestnictwa w projekcie, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do otrzymania wsparcia. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń do jego realizatora.
- 5) Zostałam/em poinformowana/y, że udział każdego zakwalifikowanego Uczestnika Projektu jest bezpłatny na zasadach uregulowanych w Regulaminie.
- 6) Zobowiązuje się do bieżącego informowania o zdarzeniach mogących zakłócić udział w projekcie, a także niezwłocznego poinformowania o zmianach miejsca zamieszkania, danych kontaktowych i innych informacji mających wpływ na prawidłowy przebieg realizacji projektu.
- 7) Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przekazanych w niniejszym wniosku zgodnie z RODO, ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), oraz właściwymi krajowymi przepisami z zakresu ochrony danych osobowych, do celów związanych z realizacją i promocją projektu a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się przez realizatora z obowiązków sprawozdawczych z realizacji projektu wobec Instytucji Pośredniczącej/Instytucji Zarządzającej.
- 8) Administratorem moich danych osobowych jest Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Busku – Zdroju z siedzibą przy ul. Kościuszki 2a, 28-100 Busko – Zdrój, pełniący rolę Beneficjenta dla programu regionalnego Funduszu Europejskiego dla Świętokrzyskiego 2021 – 2027.
- 9) Dane osobowe są przechowywane przez okres realizacji projektu pn. „Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce”, a po tym czasie będą

przechowywane zgodnie z wymogami Projektu oraz kategorią archiwalną wynikającą z instrukcji archiwalnej obowiązującej Administratora.

10) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane innym instytucjom i podmiotom zaangażowanym w realizację projektu pn. „Świetlica Środowiskowa – Twoje Bezpieczne Miejsce”, a w szczególności podmiotom, o których mowa w art. 87 i 89 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, organom Komisji Europejskiej, podmiotom upoważnionym przez Administratora, w tym pracownikom i współpracownikom Administratora, podmiotom, które wykonują usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym, operatorom pocztowym lub kurierskim. Ponadto, w zakresie stanowiącym informację publiczną, Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP UMWS w Kielcach. Ponadto, informuje się, że minister właściwy ds. rozwoju regionalnego występuje w roli administratora i gestora systemu CST2021 odpowiedzialnego za administrowanie CST2021 na poziomie aplikacyjnym.

11) Zakres Pani/Pana danych osobowych, które może przetwarzać Administrator wynika z art. 87 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.

12) Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).

13) W przypadku niepodania wymaganych danych (z wyłączeniem danych wizerunkowych), nie będzie możliwe udzielenie wsparcia w ramach projektu.

14) W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, zobowiązuje się do współpracy z realizatorem w zakresie regularnego uczestnictwa w działaniach realizowanych w ramach projektu: monitorowania i ewaluacji efektów, zarówno w trakcie, jak również – po jego zakończeniu.

15) Oświadczam, że nie korzystam równolegle z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

16) W przypadku Formularza Zgłoszeniowego w Projekcie osoby niepełnoletniej oświadczenie powinno być podpisane przez rodzica/prawnego opiekuna.

**Osoba wyrażająca zgodę, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis osoby małoletniej)

.....  
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

**Załączniki:**

- ☐ Oświadczenia rodzica / opiekuna w związku z kandydowaniem do projektu. (Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie);
- ☐ Klauzula informacyjna Instytucji Zarządzającej. (Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie);
- ☐ Klauzula informacyjna Beneficjenta. (Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie);
- ☐ Zgodna na przetwarzanie i rozpowszechnianie wizerunku. (Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie);
- ☐ W przypadku osób z niepełnosprawnościami – kopia Orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego;
- ☐ Kopia opinii wydanej przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną (oryginał do wglądu), potwierdzającej fakt korzystania ze wsparcia w związku z trudnościami rozwojowymi, emocjonalnymi lub społecznymi przez dziecko / dzieci zgłaszane do projektu;
- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego przebywanie dziecka poza rodziną biologiczną (oryginał do wglądu), np. Postanowienie Sądu.