



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Tytuł projektu	To Twój czas! Program aktywizacji osób do 29 roku życia z województwa mazowieckiego		
Nr projektu	POWR.01.02.01-14-0072/19		
Program:	Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020		
Oś priorytetowa:	I. Rynek pracy otwarty dla wszystkich		
Działanie:	1.2 Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy – projekty konkursowe		
Poddziałanie:	1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego		
Beneficjent	ŁĘTOWSKI CONSULTING SZKOLENIA, DORADZTWO, ROZWÓJ MATEUSZ ŁĘTOWSKI		
Dane osobowe	1.	Imię (imiona)	
	2.	Nazwisko	
	3.	Data urodzenia	
	4.	PESEL (11 cyfr) ¹	_____
	5.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)
			<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)
			<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - liceum, technikum, szkoła zawodowa (ISCED 3)
	<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4)		
	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)		
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	7.	Ulica	
	8.	Nr domu i lokalu	
	9.	Kod pocztowy	
	10.	Miejscowość	
	11.	Powiat	
	12.	Województwo	
	13.	Nr telefonu kontaktowego	
	14.	Adres e-mail	
15.	Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej		

¹ W przypadku braku numeru PESEL możliwe jest wpisanie daty urodzenia



OŚWIADCZENIE KANDYDATA / KANDYDATKI:

Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa mazowieckiego.

.....

data i podpis

Status na rynku pracy	16.	<p>Jestem osobą PRACUJĄCĄ</p> <p><i>UWAGA! NALEŻY WYBRAĆ TYLKO JEDNĄ Z ODPOWIEDZI W KOLUMNIE OBOK</i></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK, jestem OSOBĄ UBOGĄ PRACUJĄCĄ, tzn.</p> <p>- moje zarobki w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę (ustalanego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu) w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu (<i>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.3</i>) lub</p> <p>- zamieszkuję w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów socjalnych²), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu (<i>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.3 oraz oświadczenie o dochodach na osobę zgodnie z wzorem – zał.4</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK, jestem OSOBĄ ZATRUDNIONĄ NA UMOWIE KRÓTKOTERMINOWEJ, a moje miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia (w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień przystąpienia do projektu) (<i>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.3</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK, jestem OSOBĄ PRACUJĄCĄ W RAMACH UMOWY CYWILNO-PRAWNEJ, a moje miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia (w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień przystąpienia do projektu) (<i>należy załączyć zaświadczenie od pracodawcy zgodnie z wzorem – zał.3</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> NIE, nie dotyczy</p>	
	Inne	17.	<p>Jestem osobą niepełnosprawną i posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności³ (należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>
		18.	<p>Jestem byłym Uczestnikiem Projektu z zakresu włączenia społecznego realizowanych w ramach CT 9 w RPO⁴</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>

² Transfery socjalne - bieżące przelewy otrzymywane przez gospodarstwa domowe podczas okresu odniesienia do dochodu, przeznaczone do zmniejszenia ciężarów finansowych związanych z wieloma nieprzewidywalnymi sytuacjami lub potrzebami, dokonywane w ramach wspólnie organizowanych systemów lub poza tymi systemami przez organy rządowe lub instytucje typu non-profit świadczące usługi na rzecz gospodarstw domowych (NPISH). W ramach świadczeń społecznych można wyodrębnić następujące grupy: świadczenia dotyczące rodziny, dodatki mieszkaniowe, świadczenia dla bezrobotnych, świadczenia związane z wiekiem, renty rodzinne, świadczenia chorobowe, świadczenia dla osób z niepełnosprawnościami, stypendia, świadczenia dotyczące wykluczenia społecznego.

³ Istnieje możliwość odmowy podania danych wrażliwych dot. statusu społecznego.

⁴ Wsparcie włączenia społecznego realizowane w ramach CT 9 w RPO oznacza udział w projekcie w ramach jednego z Działań: 9.1 RPO WM 2014-2020 lub 9.2 RPO WM 2014-2020.



OŚWIADCZENIE KANDYDATA / KANDYDATKI:

Oświadczam, że **NIE JESTEM** osobą odbywającą karę pozbawienia wolności ⁵

Podpis:

OŚWIADCZENIE KANDYDATA / KANDYDATKI:

Oświadczam, że **NIE NALEŻĘ** do żadnej z poniższych grup:

- młodzież z pieczy zastępczej opuszczająca pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy),
- matki opuszczające pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy),
- absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do roku po opuszczeniu),
- absolwenci specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do roku po opuszczeniu) – specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze są prowadzone dla dzieci i młodzieży,
- matki przebywające w domach samotnej matki,
- osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do roku po opuszczeniu).

Podpis:

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do projektu „To Twój czas! Program aktywizacji osób do 29 roku życia z województwa mazowieckiego” nr POWR.01.02.01-14-0072/19 oraz potwierdzam otrzymanie dokumentu informacyjnego, 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).

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

Zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym udziału w projekcie oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

⁵ Z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym.



WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM

Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu - <i>zał. 1 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>
Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu - <i>zał. 2 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pracodawcy o dochodach w przypadku osoby ubogiej pracującej / osoby zatrudnionej na umowę krótkoterminową lub umowę cywilno-prawną - <i>zał. 3 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>
Oświadczenie o wysokości dochodu na osobę w rodzinie - <i>zał. 4 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego)	<input type="checkbox"/>

WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU:

DATA WPŁYWU		SPOSÓB DOSTARCZENIA	mailowo / pocztą / osobiście
OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (IMIĘ I NAZWISKO)			
OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI			
PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ BENEFICJENTA PROJEKTU			

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU
„To Twój czas! Program aktywizacji osób do 29 roku życia z województwa mazowieckiego”
NR POWR.01.02.01-14-0072/19**

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....
(adres zamieszkania)

pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**To Twój czas! Program aktywizacji osób do 29 roku życia z województwa mazowieckiego**” nr POWR.01.02.01-14-0072/19, realizowanym na terenie województwa mazowieckiego i współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa: I. Rynek pracy otwarty dla wszystkich; Działanie: 1.2 Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy - projekty konkursowe; Poddziałanie: 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Zapoznałem/łam się z **Regulaminem Uczestnictwa w projekcie „To Twój czas! Program aktywizacji osób do 29 roku życia z województwa mazowieckiego”** i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. Zostałem/am poinformowany/a, że ww. Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
4. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie.
5. **Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie** tzn. jestem osobą zamieszkującą na obszarze województwa mazowieckiego, w wieku 18- 29 lat, przynależącą do jednej z niżej wymienionych grup:
 - osób ubogich pracujących,
 - osób zatrudnionych na umowie krótkoterminowej, których miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia (w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień przystąpienia do projektu),
 - osób pracujących w ramach umowy cywilno-prawnej, których miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia (w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień przystąpienia do projektu).

I jednocześnie nie należę do żadnej z niżej wymienionych grup:

- młodzież z pieczy zastępczej opuszczająca pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy),
- matki opuszczające pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy),
- absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do roku po opuszczeniu),
- absolwenci specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do roku po opuszczeniu) – specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze są prowadzone dla dzieci i młodzieży,
- matki przebywające w domach samotnej matki,

- osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do roku po opuszczeniu),
oraz nie odbywam kary pozbawienia wolności ⁶.
6. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
7. **Zamierzam skorzystać ze wszystkich proponowanych mi form wsparcia w ramach projektu, tj.: indywidualnego poradnictwa zawodowego, indywidualnego wsparcia psychologicznego, indywidualnego pośrednictwa pracy oraz szkolenia zawodowego i/lub stażu – zgodnie ze ścieżką wsparcia zaplanowaną w Indywidualnym Planie Działania. Jak również w ramach swoich możliwości w okresie do 90 dni kalendarzowych od dnia zakończenia udziału w projekcie do poprawy warunków dotychczasowego zatrudnienia (tj. awans w dotychczasowej pracy, zmiana pracy na wyżej wynagradzaną lub przejście z niepełnego do pełnego wymiaru zatrudnienia).**
8. Zobowiązuję się do wypełniania dokumentów związanych z Projektem - złożę komplet wymaganych oświadczeń, deklaracji oraz podpiszę umowę uczestnictwa w projekcie, a w przypadku wystąpienia wątpliwości przedstawię inne informacje, o ile będą niezbędne do wyjaśnienia wątpliwości.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

⁶ Z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym.

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU NR POWR.01.02.01-14-0072/19

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „**To Twój czas! Program aktywizacji osób do 29 roku życia z województwa mazowieckiego**” nr POWR.01.02.01-14-0072/19 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia 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/
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: Dane uczestników projektów zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”: (nazwiska i imiona, adres zamieszkania lub pobytu, PESEL, miejsce pracy, zawód, wykształcenie, numer telefonu, wiek, adres email, nr dowodu osobistego, informacja o bezdomności, sytuacja społeczna i rodzinna, migrant, pochodzenie etniczne, stan zdrowia) - zakres zgodny z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do dnia zakończenia archiwizacji dokumentacji związanej z realizacją projektu.
4. Administratorem danych osobowych jest firma ŁĘTOWSKI CONSULTING, Szkolenia, Doradztwo, Rozwój Mateusz Łętowski z siedzibą przy ul. Zdrojowej 30A, 43-600 Jaworzno
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu.
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
 - 1) Beneficjenta – ŁĘTOWSKI CONSULTING, Szkolenia, Doradztwo, Rozwój Mateusz Łętowski z siedzibą przy ul. Zdrojowej 30A, 43-600 Jaworzno
 - 2) Instytucję Zarządzającą – minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa;
 - 3) Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie z siedzibą w Warszawie, ul. Młynarska 16;
 - 4) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.

O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania jak również mam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także mam prawo do przenoszenia danych.
8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Instytucji Pośredniczącej, Instytucji Zarządzającej lub Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
11. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu