



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSÓB FIZYCZNYCH

Tytuł projektu	Warszawski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
Nr projektu	
Nazwa Programu Operacyjnego	
Numer i nazwa Osi Priorytetowej	
Numer i nazwa Działania	

Pola zaznaczone na szaro wypełnia pracownik Projektu.

D a n e u c z e s t n i k a	1.	Uczestnik/czka	<input type="checkbox"/> Uczestnik/czka indywidualny/a (osoba fizyczna przystępująca do projektu z własnej inicjatywy) <input type="checkbox"/> Pracownik/czka lub przedstawiciel/ka instytucji/ podmiotu objętego wsparciem w ramach Projektu
	2.	Nazwa instytucji (wpisz w przypadku pracownika/czki lub przedstawiciela/ki instytucji objętej wsparciem w ramach Projektu)	
	3.	Imię (imiona)	
	4.	Nazwisko	
	5.	PESEL	_____ <input type="checkbox"/> nie nadano nr PESEL
	6.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe



Dane kontaktowe	8.	Kraj	POLSKA
	9.	Województwo	
	10.	Powiat	
	11.	Gmina	
	12.	Miejscowość	
	13.	Ulica	
	14.	Numer budynku	
	15.	Numer lokalu	
	16.	Kod pocztowy, poczta	
17.	Telefon kontaktowy		
18.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		

STATUS UCZESTNIKA/CZKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU	
proszę zaznaczyć jedną z czterech poniższych opcji	dla wybranej opcji proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź
<input type="checkbox"/> <b>bezrobotna niezarejestrowana</b> w ewidencji urzędu pracy	Jeśli zaznaczono „bezrobotna niezarejestrowana”, to proszę zaznaczyć czy <b>długotrwale</b> bezrobotna ( <i>młodzież do 25 lat - bezrobotna nieprzerwanie ponad 6 miesięcy; dorośli - 25 lat i więcej - bezrobotna nieprzerwanie ponad 12 miesięcy</i> ) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> <b>bezrobotna zarejestrowana</b> w ewidencji urzędu pracy	Jeśli zaznaczono „bezrobotna zarejestrowana”, to proszę zaznaczyć czy: <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana jako <b>poszukująca pracy</b> <input type="checkbox"/> I profil pomocy <input type="checkbox"/> II profil pomocy <input type="checkbox"/> III profil pomocy <input type="checkbox"/> brak profilu <hr/> Proszę zaznaczyć czy <b>długotrwale</b> bezrobotna ( <i>dla osób do 25 lat - bezrobotna nieprzerwanie ponad 6 miesięcy; dorośli - 25 lat i więcej - bezrobotna nieprzerwanie ponad 12 miesięcy</i> ) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



<input type="checkbox"/> <b>bierna zawodowo</b>	<p>Jeśli zaznaczono „bierna zawodowo” to proszę zaznaczyć czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>pracująca</b>	<p>Jeśli zaznaczono „pracująca”, to proszę zaznaczyć czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> w innym miejscu</li> </ul> <p>Jeśli <b>pracująca</b>, to wykonywany zawód:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</li> <li><input type="checkbox"/> rolnik</li> <li><input type="checkbox"/> inny zawód</li> </ul> <p>Jeśli <b>pracująca</b>, to <b>Nazwa instytucji</b>, w której uczestnik/czka jest zatrudniony/a</p>

STATUS UCZESTNIKA/CZKI W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <input type="checkbox"/> NIE



<p>Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności lub osoba z zaburzeniami psychicznymi</li> <li><input type="checkbox"/> pozostałe stopnie niepełnosprawności</li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (opisanej obok)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> uzależniony/a od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;</li> <li><input type="checkbox"/> zwolniony/a z zakładu karnego;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba odbywająca karę pozbawienia wolności objęta dozorem elektronicznym;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca co najmniej 1 przesłankę:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ubóstwa;</li> <li>- sieroctwa;</li> <li>- długotrwałej lub ciężkiej choroby;</li> <li>- przemocy w rodzinie;</li> <li>- potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li>- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li>- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li> <li>- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;</li> <li>- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,</li> <li>- klęski żywiołowej lub ekologicznej;</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym / socjoterapii lub nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba niesamodzielna;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca z PO PŻ;</li> </ul> <hr/> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe, i jestem pouczony, i świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń.



.....  
.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

## Oświadczenie uczestnika 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. „Warszawski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
  - 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
  - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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/WE (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1) – **dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020** na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
    - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
    - c) 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.);
  - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:



- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
  - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
  - d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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;
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie warszawsko-zachodnim” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
  4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa (nazwa i adres właściwej IP), Beneficjentowi realizującemu Projekt - Stowarzyszenie Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych BORIS, ul. Warecka 4/6, 00-040 Warszawa (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, pl. Konstytucji 5 lok. 14 00-657 Warszawa (nazwa i adres ww. podmiotów). 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 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
  5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
  6. **W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy** oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;



7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.
8. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@mazovia.pl](mailto:iod@mazovia.pl).
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.

.....  
.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU