



Oświadczenie o kwalifikowalności (deklaracja udziału)

uczestnika projektu pt. „**Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój i Muszyna**”

(nr projektu: RPMP.09.01.02-12-0072/16), realizowanego przez Fundację Rozwoju Regionów w partnerstwie z Miastem i Gminą Uzdrawiskową Muszyna, Miastem i Gminą Piwniczna-Zdrój i Gminą Krynica-Zdrój

w ramach Poddziałania 9.1.2 pn. „Aktywna integracja - projekty konkursowe” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Część I. Oświadczenie dot. kryteriów zawartych we wniosku o dofinansowanie.

Ja, niżej podpisy(a) _____ (imię i nazwisko) oświadczam,

iż spełniam warunki udziału w projekcie pt. „**Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój i Muszyna**” ponieważ:

METRYKA ZGODNIE Z WNIOSKIEM

- deklaruje udział w projekcie pt. „Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój i Muszyna”;
- płeć _____ („K” -kobieta lub „M” -mężczyzna);
- mieszkam w _____ (miejsce zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie małopolskim na terenie jednej z gmin objętych projektem, tj. Piwniczna-Zdrój, Muszyna lub Krynica-Zdrój);
- jestem zagrożony ubóstwem lub wykluczeniem społecznym i w pierwszej kolejności wymagam aktywizacji społecznej;
- korzystam ze świadczeń pomocy społecznej, na dowód czego przedkładam zaświadczenie z OPS* lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem* (spełniam co najmniej jedną z przesłanek) na mocy art. 7 ustawy o pomocy społecznej(kwalifikujących do objęcia wsparciem pomocy społecznej), tj.*: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, 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, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,



- alkoholizmu i narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej i ekologicznej) /* niepotrzebne skreślić/;
- jako osoba bezrobotna oświadczam i zapewniam, iż zastosowanie wobec mnie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym (jeśli dotyczy);
 - jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym/niepełnosprawność sprzężona/intelektualna/zaburzenie psychiczne, na dowód czego przedkładam orzeczenie lub dokument potwierdzający stan zdrowia*- TAK/NIE*;
 - jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy zgodnie z Ustawą o promocji zatrudnienia (...)- TAK/NIE*;
 - jestem osobą niesamodzielną wymagającą opieki lub wsparcia - TAK/NIE*;
 - pozostaje bez pracy - TAK/NIE*;
 - jestem członkiem rodziny objętej procedurą Niebieskiej - TAK/NIE*;
 - otrzymuję pomocy społecznej ze względu na alkoholizm w rodzinie - TAK/NIE*;
 - jestem osobą wielokrotnie wykluczoną społecznie - TAK/NIE*;
 - jestem osobą korzystającą z PO PŻ 2014-2020 (dot. osób i rodzin)- TAK/NIE* /jeżeli tak proszę o podanie działań, który były lub są realizowane w ramach PO PŻ

/;

- jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (dot. osób lub rodzin) w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych MliiR w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 - TAK/NIE*;
- wyrażam zgodę na ocenę w procesie rekrutacji moich barier mentalnych w takich obszarach jak brak motywacji, bierność, apatia, wycofanie, brak świadomości potrzeb (+1 pkt.);
- w przypadku zarejestrowania w PUP w załączeniu przedstawiam zaświadczenie potwierdzające mój status jako osoby bezrobotnej;
- wyrażam zgodę na wpisanie mnie na listę podstawową lub rezerwową uczestników projektu;
- poznałem(am) i akceptuję zasady projektu pt. „Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój i Muszyna”;
- zostałem(am) poinformowany(a) o źródle finansowania projektu pt. „Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój i Muszyna”;
- wezmę udział we wszystkich zaplanowanych dla mnie formach wsparcia;
- zobowiązuje się podpisać w dniu pierwszych zajęć umowę o uczestnictwo w projekcie;
- zobowiązuje się poddać ewaluacji i monitoringowi oraz przekazać informacje o mojej sytuacji po ukończeniu projektu oraz zobowiązuje się dostarczyć do Fundacji Rozwoju Regionów dokumenty potwierdzające moją sytuację społeczno-zatrudnieniową;

Opis definicji użytych w niniejszym dokumencie znajduje się w dokumentacji konkursowej mieszczącej się pod adresem:<http://www.rpo.malopolska.pl/skorzystaj/nabory/poddzialanie-9-1-2--aktywna-integracja---projekty-konkursowe---rpmp-09-01-02-ip-01-12-010-16>. **Personel projektu służy pomocą w zakresie wypełniania formularza oraz wyjaśnienia zagadnień związanych z kwalifikowalnością uczestników projektu.**



* nie potrzebne skreślić

Część II. Oświadczenie dot. danych osobowych.

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój, Krynica-Zdrój i Muszyna”, nr RPMP.09.01.02-12-0072/16

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków,

2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie, Plac Trzech Krzyży 3/5, 00- 507 Warszawa,

3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie, a także:

1) rozporządzenie 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;

2) rozporządzenie 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;

3) ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 217);

4) rozporządzenie 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 15 wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Reintegracja społeczno-zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w gminach Piwniczna-Zdrój,



Krynica-Zdrój i Muszyna”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacji Rozwoju Regionów, ul. Celerowska 32/7, 31-414 Kraków. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;

6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

7. 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;

8. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy;

9. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej);

10. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Część III. Metryka danych osobowych dla potrzeb sprawozdawczości.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości odmowy podania danych wrażliwych oraz o obowiązku przekazania danych, o których mowa w załączniku nr 1 i 2 do rozporządzenia EFS.

Kraj: _____

Rodzaj uczestnika: _____ (indywidualny)

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Płeć: _____ K / M

Wiek w chwili przystąpienia do projektu: _____

Wykształcenie: *podstawowe / gimnazjalne / ponadgimnazjalne / policealne / wyższe
(*niepotrzebne skreślić)

Dane kontaktowe:



Województwo: _____

Powiat: _____

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Nr budynku: _____

Nr lokalu: _____

Kod pocztowy: _____

Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA): _____ (dane generowane automatycznie przez system sprawozdawczy -wypełnia przyjmujący oświadczenie)

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

Status na rynku pracy: *bezrobotny / długotrwale bezrobotny / bezrobotny nie zarejestrowany w PUP / bierny zawodowo / bierny zawodowo, nieuczestniczących w kształceniu lub szkoleniu / pracujący, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek (*niepotrzebne skreślić)

Wykonywany zawód: _____

Miejsce zatrudnienia: _____

Status w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” lub podkreślić „brak zgody”):

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: _____ dane wrażliwe - brak zgody

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: _____

Osoba z niepełnosprawnościami: _____ dane wrażliwe - brak zgody

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: _____

w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: _____

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu: _____

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): _____ dane wrażliwe - brak zgody

Podpisy i odebranie oświadczeń, o których mowa w częściach oświadczenia nr I, II oraz III.

Uczestnik oświadcza, iż został pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

miejscowość, data

czytelny podpis składającego oświadczenie

pieczęć Beneficjenta

podpis osoby przyjmującej oświadczenie