



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt *Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"*

Realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ZAPOTRZEBOWANIE NA SPRZĘT PIELEGNACYJNY, REHABILITACYJNY I WSPOMAGAJĄCY DO WYPOŻYCZALNI SPRZĘTU PROWADZONEJ PRZEZ STOWARZYSZENIE „DOBRY DOM”

I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
Nazwisko:	
Imię:	
PESEL:	
Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
II. WYKSZTAŁCENIE: <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	
III. ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE:	
Województwo:	Powiat:
Gmina:	Miejscowość:
Ulica:	Numer budynku:
Numer lokalu:	Kod pocztowy:
Nr telefonu:	E-mail:
IV. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wskazać jedną z czterech wykluczających się pozycji z listy): Oświadczam, iż jestem osobą: <input type="checkbox"/> bierną zawodowo (osoby poniżej 18 r. ż., osoby pow. 18 r. ż. uczące się w systemie dziennym, emeryci, renciści itp.), w tym: <input type="checkbox"/> uczącą się <input type="checkbox"/> nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy¹ , w tym: <input type="checkbox"/> <i>długotrwale bezrobotną (osoby w wieku < 25 r.ż. – pozostające w ewidencji osób bezrobotnych nieprzerwanie przez okres pow. 6 m-cy; osoby w wieku > 25 r.ż. – pozostające w ewidencji osób bezrobotnych nieprzerwanie przez okres pow. 12 m-cy)</i> <input type="checkbox"/> inne	

¹ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne.

- bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy²**, w tym:
 - długotrwale bezrobotną (*osoby w wieku < 25 r.ż. – bezrobotne nieprzerwanie przez okres pow. 6 m-cy; osoby w wieku > 25 r.ż. - bezrobotne nieprzerwanie przez okres przez okres pow. 12 m-cy*)
 - inne
- pracującą**, w tym:
 - pracującą w administracji rządowej
 - pracującą w administracji samorządowej
 - pracującą w MMŚP
 - pracującą w dużym przedsiębiorstwie
 - pracującą w organizacji pozarządowej
 - prowadzącą działalność na własny rachunek
 - inne

Proszę podać wykonywany zawód:

- instruktor praktycznej nauki zawodu
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- rolnik
- inny

Proszę podać nazwę oraz adres pracodawcy oraz wskazać stanowisko, na którym jest Pan/Pani zatrudniony/a:

.....

V. OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM:

1. osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia:

- tak
- nie
- odmawiam podania informacji

2. osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

- tak
- nie

3. osobą z niepełnosprawnościami:

- tak
- nie
- odmawiam podania informacji

W przypadku osób z niepełnosprawnościami – proszę określić specjalne wymagania związane z udziałem w projekcie:

.....

4. osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)³:

- tak
- nie
- odmawiam podania informacji

² Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna.

³ Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, byli więźniowie, narkomanii, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego „Ku zdrowiu” Stowarzyszenia „Dobry Dom”;
2. zostałam/em poinformowana/y, że wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego Stowarzyszenia „Dobry Dom” działa w ramach projektu pn. *Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"*, który realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020 a współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i wyrażam zgodę na udział w ww. projekcie;
3. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych związanych z realizacją ww. projektu;
4. wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym przez Stowarzyszenie „Dobry Dom”, do celów związanych z obsługą wypożyczalni oraz realizacją ww. projektu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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 osobowych) zwanym dalej RODO i przyjmuję do wiadomości, że:
 - a. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Stowarzyszenie „Dobry Dom”, z siedzibą przy Wola Zarczycka 129A, 37-311 Wola Zarczycka, tel.: 17-240-10-42, e-mail: biuro@dobrydom.org;
 - b. inspektorem ochrony danych osobowych w Stowarzyszeniu „Dobry Dom” jest Justyna Stasiowska - adres e-mail: justynastasiowska@dobrydom.org;
 - c. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji zadań związanych z uczestnictwem w projekcie pn. *Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"* na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz umów zawartych przez administratora;
 - d. odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umów zawartych przez administratora;
 - e. moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, o którym mowa w p. 3, w tym przechowywane będą przez okres określony przepisami prawa;
 - f. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu pn. *Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"*;
 - g. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
 - h. w każdym czasie mam prawo do żądania usunięcia swoich danych, a żądanie to zostanie spełnione zgodnie z obowiązującymi przepisami bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - i. przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących jej osoby narusza przepisy RODO;
 - j. moje dane będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu, jednakże decyzje w mojej sprawie nie będą zapadały w sposób zautomatyzowany, a moje dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 ust. 1 i 4 RODO.
5. **Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej
zapotrzebowanie lub prawnego opiekuna)

WYPEŁNIA WYPOŻYCZALNIA

NR KOLEJNY FORMULARZA

DATA WPLYWU

PODPIS OSOBY
PRZYJMUJĄCEJ ZGŁOSZENIE