

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
PROJEKT: „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Swarzędzu.
Bliżej Ciebie!”
NR: RPWP.07.02.02-30-0138/19

Data wpływu Formularza do biura projektu podpis

Numer ewidencyjny

(wypełnia Beneficjent)

CZĘŚĆ I			
DANE PERSONALNE DZIECKA			
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL:			
Adres zamieszkania: ¹			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:	
Gmina:			
Powiat:			
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Ulica:		
	Numer domu:		
	Numer lokalu:		
	Kod pocztowy i miejscowość:		
	Gmina:		
	Powiat:		
	Województwo:		

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.

CZĘŚĆ II DANE PERSONALNE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO			
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL:			
Adres zamieszkania: ²			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:	
Gmina:			
Powiat:			
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Ulica:		
	Numer domu:		
	Numer lokalu:		
	Kod pocztowy i miejscowość:		
	Gmina:		
	Powiat:		
	Województwo:		

CZĘŚĆ III EDUKACJA		
Oświadczam, że dziecko uczęszcza do (proszę zaznaczyć właściwe):	Żłobka	
	Przedszkola	
	Szkoły podstawowej	

² Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.

	Szkoły ponadgimnazjalnej	
	Innej placówki/korzysta z innej formy edukacji:.....	
Inne oświadczenia Oświadczam, że dziecko:	Jest osobą z niepełnosprawnościami (do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK
		NIE
		ODMOWA PODANIA INFORMACJI

CZĘŚĆ IV		
SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której dziecko potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE

³ Osoby w innej niekorzystnej sytuacji to: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich



<p>Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:</p>	
<p>Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:</p>	

.....
data i czytelny podpis prawnego opiekuna

.....
data i czytelny podpis Uczestnika⁴

⁴ Dotyczy osób pow. 16 r.ż.



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Deklaruję uczestnictwo dziecka w projekcie „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Swarzędzu. Bliżej Ciebie!”

1. Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że dziecko spełnia kryteria kwalifikowalności do projektu tj.:
 - a) Zamieszkuje/uczy się/pracuje/przebywa na terenie gminy Czerwonak, Kleszczewo, Kostrzyn, Kórnik, Murowana Goślina, Pobiedziska lub Swarzędz
 - b) Jest osobą z orzeczoną stopniem niepełnosprawności⁵
 - c) Wyraża chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Swarzędzu. Bliżej Ciebie!”
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe i że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Swarzędzu. Bliżej Ciebie!” nr: RPWP.07.02.02-30-0138/19 i akceptuję jego warunki.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.
5. Oświadczam, że jestem osobą z otoczenia (rodzina, opiekun fakt./prawny).
6. Oświadczam, że dziecko nie będzie równolegle korzystał w tym samym czasie z usług o tym samym charakterze finansowanych ze środków NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), co usługi świadczone na jego rzecz w projekcie.

.....
data i czytelny podpis prawnego opiekuna

.....
data i czytelny podpis Uczestnika⁶

⁵ Niepotrzebne skreślić

⁶ Dotyczy osób pow. 16 r.ż.

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 pt. „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego w Swarzędzu. Bliżej Ciebie!”

oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych
 - w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail:inspektor.ochrony@umww.pl,
 - w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa, e-mail: iod@miir.gov.pl.
3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa 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 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

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.);

ż 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. ustanawiającego 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

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.);

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).

5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) RPWP.07.02.02-30-0138/19, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Wielkopolskiego, Al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt – Instytut Psychoedukacji Sp. z o.o., ul. Tyrwacka 13, 61-615 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu –

.....(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.



8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. ~~W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.⁷~~
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
11. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

⁷ Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS PRAWNEGO OPIEKUNA

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU⁸

⁸ Dotyczy osób pow. 16 r.ż.