



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Formularz zgłoszeniowy				
Tytuł projektu	PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO W GMINIE WŁOSZCZOWA			
Oś Priorytetowa	FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne			
Działanie	FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej			
Nr projektu	FESW.09.05-IZ.00-0005/25			
Termin realizacji projektu	od	01.01.2026	d o	31.12.2027
Dane kandydata zgłaszanego do projektu				
Imię				
Nazwisko				
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna			
Zakres oczekiwanego wsparcia:	☐ Warsztaty kompetencje rodzicielskie ☐ Konsultacje z psychologiem ☐ Konsultacje z pedagogiem ☐ Konsultacje z prawnikiem ☐ Indywidualne doradztwo prawne ☐ Festyny rodzinne			
Adres pobytu:				
Kod pocztowy		Pocztą		
Miejscowość				
Gmina				
Powiat				
Województwo				
Kraj				
Nr telefonu kontaktowego				
Adres poczty elektronicznej e-mail				
Informacje dodatkowe				
	KRYTERIA DOSTĘPU			



Formularz zgłoszeniowy

Kryteria rekrutacji do projektu	Uczestnik/czka zamieszkuje/ uczy się na terenie województwa świętokrzyskiego i gminy Włoszczowa <i>źródło weryfikacji: zaświadczenie z rejestru mieszkańców/zeznanie podatkowe/umowa najmu/rachunek za prąd, wodę, gaz/oświadczenie UP itd.</i>	☐ Tak ☐ Nie
	Rodzic dziecka zrekrutowanego do PWD <i>źródło weryfikacji: lista rankingowa UP dla dzieci</i>	☐ Tak ☐ Nie
	KRYTERIA MERYTORYCZNE	
	I. Rodzic dziecka wychowującego się poza rodziną biologiczną <i>źródło weryfikacji: Oświadczenie</i>	☐ Tak (10 pkt) ☐ Nie
	II. Uczestnik/czka posiada orzeczenie o niepełnosprawnościach <i>źródło weryfikacji: orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia</i>	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
	III. Osoba, u której jedno z małżonków jest bezrobotne <i>źródło weryfikacji: oświadczenie</i>	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
IV. Osoba, u której w rodzinie jest osoba długotrwale chora <i>źródło weryfikacji: oświadczenie</i>	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie	

**Formularz zgłoszeniowy**

	V. Osoba, u której rodzina korzysta z OPS Włoszczowa w zakresie bezradności opiekuńczo-wychowawczej <i>źródło weryfikacji:</i> <i>oświadczenie</i>	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
	VI. Osoba, u której w rodzinie jest przemoc <i>źródło weryfikacji:</i> <i>oświadczenie</i>	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
	VII. Osoba z dochodem mniejszym niż 150% dochodu <i>źródło weryfikacji:</i> <i>oświadczenie</i>	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
	Czy osoba zgłasza specjalne potrzeby? Jeśli tak to jakie ?	☐ Tak ☐ Nie
	 Liczba punktów ¹	

- 1) Ja niżej podpisana/y zgłaszam uczestnictwo w projekcie pn. **PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO W GMINIE WŁOSZCZOWA**; nr FESW.09.05-IZ.00-0015/25, realizowanym przez **GMINA WŁOSZCZOWA/ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ WE WŁOSZCZOWIE**.
- 2) Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu i spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
- 3) Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- 4) Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody² na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do projektu pn.: **PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO W GMINIE WŁOSZCZOWA**, realizowanym przez **GMINA WŁOSZCZOWA/ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ WE WŁOSZCZOWIE** ul. Partyzantów 14, 29-100 Włoszczowa (administratora danych osobowych).
- 5) Jestem świadomy/a faktu, że:

¹ Wypełnia Komisja rekrutacyjna² niepotrzebne skreślić



- a. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w postępowaniu rekrutacyjnym,
- b. odmowa zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest równoznaczna z brakiem rozpatrywania zgłoszenia kandydata do projektu,
- c. dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody,
- d. dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji do projektu,
- e. dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji procesu rekrutacji do projektu oraz przez okres przechowania tego typu dokumentacji, który wynika z odrębnych przepisów,
- f. odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi administrator zawrze stosowne umowy w zakresie realizacji usług zewnętrznych wiążących się z przetwarzaniem danych osobowych,
- g. posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- h. posiada Pani/Pan prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych osobowych; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych w oparciu o tę podstawę, które nastąpiło przed jej wycofaniem; wycofanie zgody musi mieć formę pisemną.
- i. przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- j. w przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych może Pan/Pani skontaktować się z Administratorem Ochrony Danych: przez pocztę elektroniczną e-mail: inspektor@cbi24.pl

6) Zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
data i miejscowość

.....
czytelny podpis uczestnika projektu