



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

„Rozwój potencjału społeczności lokalnych ZDOW”

Nr projektu: FELB.07.04-IZ.00-0001/25 | Program: Fundusze Europejskie dla Województwa Lubuskiego
2021-2027

Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) | Realizator: Stowarzyszenie Zielona Dolina Odry i Warty
oraz (pieczęć grantobiorcy)

Jak wypełnić formularz? Proszę wypełnić wszystkie pola czytelnie, drukowanymi literami. Pola oznaczone symbolem * są obowiązkowe. W polach wyboru proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź wstawiając X. Formularz składa się z dwóch części: danych osobowych oraz oświadczeń – proszę wypełnić całość przed podpisaniem. W razie wątpliwości proszę zwrócić się do realizatora grantu (nazwa grantobiorcy) lub pracownika biura LGD: tel. 503 034 017, e-mail: biuro@zdow.pl

SEKCJA I — Dane osobowe

| | |
|--|-------|
| * Imię | <hr/> |
| * Nazwisko | <hr/> |
| * PESEL <i>Dla osób nieposiadających numeru PESEL proszę wpisać inny identyfikator (np. numer paszportu, dokumentu tożsamości) i podać jego rodzaj w nawiasie.</i> | <hr/> |
| * Obywatelstwo <i>Proszę wpisać kraj obywatelstwa, np. „polskie”.</i> | <hr/> |

❗ Uczestnik niepełnoletni (poniżej 18. roku życia): Jeżeli uczestnik projektu nie ukończył 18 lat, formularz, danymi dziecka wypełnia i podpisuje rodzic lub opiekun prawny, działający w imieniu i na rzecz dziecka.

SEKCJA II — Adres zamieszkania

❗ Wszyscy uczestnicy projektu muszą zamieszkiwać na terenie objętym Lokalną Strategią Rozwoju, tj. na obszarze jednej z następujących gmin: Gmina Słubice, Gmina Górzycza, Gmina Rzepin, Gmina Cybinka, Gmina Kostrzyn nad Odrą, Gmina Słońsk, Gmina Witnica. Dane zamieszkania będą weryfikowane na etapie kwalifikacji do projektu.

| | |
|---|---|
| * Kraj zamieszkania | <input type="text" value="Polska"/> |
| * Województwo | <input type="text" value="lubuskie"/> |
| * Powiat | <input type="text" value="gorzowski, słubicki lub sulęciński"/> |
| * Gmina <i>Proszę wpisać nazwę gminy zamieszkania.</i> | <input type="text"/> |
| * Miejscowość | <input type="text"/> |
| * Kod pocztowy <i>Format: XX-XXX</i> | <input type="text"/> |

SEKCJA III — Dane kontaktowe

| | |
|--------------------|----------------------|
| Telefon kontaktowy | <input type="text"/> |
| Adres e-mail | <input type="text"/> |

SEKCJA IV — Wykształcenie

| | |
|---|---|
| * Poziom wykształcenia <i>Proszę zaznaczyć najwyższy ukończony poziom kształcenia.</i> | <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (np. podstawowe, gimnazjalne) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne lub policealne (np. technikum, liceum, policealne) <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjat, inżynier, magister i wyższe) |
|---|---|

SEKCJA V — Status na rynku pracy

*** Status w chwili przystąpienia do projektu**

Proszę zaznaczyć status na rynku pracy w dniu składania formularza.

- ☐ Osoba pracująca (zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, prowadząca działalność gospodarczą itp.)
- ☐ Osoba bezrobotna (zarejestrowana lub niezarejestrowana w urzędzie pracy, aktywnie poszukująca zatrudnienia)
- ☐ Osoba bierna zawodowo (niepracująca i nieposzukująca pracy, np. uczeń, student, emeryt, rencista, osoba zajmująca się domem)

SEKCJA VI — Informacje dodatkowe

❶ Poniższe dane są zbierane na potrzeby monitorowania projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Dane te pozwalają na ocenę dostępności projektu dla osób z różnych grup. Tam gdzie podano opcję „odmowa odpowiedzi” — nie masz obowiązku udzielenia odpowiedzi.

*** Osoba obcego pochodzenia**

Osobą obcego pochodzenia jest osoba, której co najmniej jedno z rodziców pochodzi z innego kraju niż Polska.

☐ Tak ☐ Nie

*** Obywatel państwa trzeciego**

Obywatel państwa trzeciego to osoba nieposiadająca obywatelstwa żadnego państwa członkowskiego Unii Europejskiej ani Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

☐ Tak ☐ Nie

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej

Dotyczy również społeczności marginalizowanych (np. Romowie). Masz prawo odmowy odpowiedzi.

☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam odpowiedzi

*** Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**

Dotyczy osób nieposiadających stałego miejsca zamieszkania lub zamieszkujących w warunkach nieodpowiednich do zamieszkania.

☐ Tak ☐ Nie

Osoba z niepełnosprawnościami

Masz prawo odmowy odpowiedzi. Jeżeli zaznaczysz „Tak”, możesz otrzymać

☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam odpowiedzi

| | |
|--|---|
| <p>pierwszeństwo przyjęcia do projektu.</p> | |
| <p>* Spełnienie warunku dostępu</p> <p><i>Projekt skierowany jest do następujących grup odbiorców: a) mieszkańcy wykluczeni społecznie lub zagrożeni wykluczeniem społecznym; b) rodziny osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem społecznym; c) dzieci zamieszkujące obszar objęty LSR.</i></p> | <p>Deklaruję, że należę do jednej z następujących grup uprawnionych do udziału w projekcie:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> dzieci i młodzież (poniżej 18 roku życia)</p> <p>2. PRZESŁANKI WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO:</p> <p><input type="checkbox"/> a) bezrobotny - w rozumieniu art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. Poz. 620);</p> <p><input type="checkbox"/> b) długotrwale bezrobotny;</p> <p><input type="checkbox"/> c) poszukujący pracy bez zatrudnienia: w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia lub - niewykonujący innej pracy zarobkowej;</p> <p><input type="checkbox"/> d) osoba niepełnosprawna</p> <p><input type="checkbox"/> e) absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej;</p> <p><input type="checkbox"/> f) osoba spełniająca kryteria pomocy społecznej;</p> <p><input type="checkbox"/> g) osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego;</p> <p><input type="checkbox"/> h) osoba usamodzielniana;</p> <p><input type="checkbox"/> i) osoba z zaburzeniami psychicznymi;</p> <p><input type="checkbox"/> j) osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy;</p> <p><input type="checkbox"/> k) osoba starsza (powyżej 60 r. ż.);</p> <p><input type="checkbox"/> l) osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> rodziny osób wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem społecznym</p> |
| <p>Pierwszeństwo udziału w projekcie</p> | <p>Deklaruję, że jestem osobą, która posiada pierwszeństwo w rekrutacji do projektu na podstawie potwierdzonej stosownymi dokumentami przynależności do min. jednej z grup osób:</p> <p>a) <input type="checkbox"/> o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;</p> <p>b) <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością sprzężoną;</p> <p>c) <input type="checkbox"/> z chorobami psychicznymi;</p> <p>d) <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością intelektualną;</p> <p>e) <input type="checkbox"/> z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i</p> |

Problemów Zdrowotnych ICD10);

f) ☐ korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ);

g) ☐ zamieszkujące samotnie.

SEKCJA VII — Ochrona danych osobowych (RODO)

① Przystępując do projektu uczestnik projektu musi potwierdzić zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z weryfikacją i realizacją niniejszego projektu, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c 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 audytu i kontroli projektu.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z RODO:

a. administratorem podanych danych osobowych jest Lokalna Grupa Działania Zielona Dolina Odry i Warty, z siedzibą przy ul. 1 Maja 1B, 69-113 Górzycy (biuro@zdow.pl)

b. dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji oraz realizacji przedmiotowego projektu, w szczególności poprzez: gromadzenie i przechowywanie przez okres X lat oryginału niniejszego formularza rekrutacyjnego; wprowadzanie danych zawartych w niniejszym formularzu do Systemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (SM EFS). System Monitorowania EFS przeznaczony jest do obsługi procesu monitorowania podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027 i administrowany przez Ministerstwo właściwe ds. Rozwoju Regionalnego.

c. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania;

d. posiadam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

e. posiadam prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych;

f. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;

g. posiadam prawo do przeniesienia danych osobowych;

h. podanie danych jest dobrowolne i jest niezbędne do weryfikacji oraz realizacji przedmiotowego projektu.

SEKCJA VIII — Oświadczenia i zgody

- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora projektu w celu realizacji projektu „Rozwój potencjału społeczności lokalnych ZDOW” oraz jego monitorowania, ewaluacji, kontroli i audytu, zgodnie z treścią klauzuli informacyjnej RODO powyżej.
- ☐ Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do projektu i akceptuję jego postanowienia.
- ☐ Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za składanie fałszywych oświadczeń.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku (zdjęć/filmów) do celów dokumentacji, promocji i sprawozdawczości projektu. (zgoda dobrowolna, jej brak nie wpływa na udział w projekcie)

SEKCJA IX — Data i podpis

Miejscowość i data

Podpis uczestnika / rodzica / opiekuna prawnego

① Uczestnik niepełnoletni: Formularz podpisuje rodzic lub opiekun prawny. Proszę wpisać imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego w miejscu podpisu uczestnika.

WYPEŁNIENIA OBSŁUGA PROJEKTU (data wpływu i podpis przyjmującego):