FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „BEZPIECZNA RODZINA”

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS**  |
| **Informacje o projekcie** |
| Nazwa beneficjenta | Fundacja Rozwoju Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II |
| Numer umowy o dofinansowanie | POWR.04.03.00-00-0080/18 |
| Priorytet i działanie POWER 2014-2020 | Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie: 4.3 Współpraca ponadnarodowa |
| Tytuł projektu | BEZPIECZNA RODZINA |
| Data i godzina pływu formularza |  |
| Podpis pracownika przyjmującego |  |
| **Dane uczestnika** |
| Rodzaj uczestnika | Indywidualny |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Nr PESEL / brak PESEL |  |
| Płeć |  Mężczyzna |  Kobieta |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Wykształcenie |  Niższe niż podstawowe |  Podstawowe |  Gimnazjalne |
|  Ponadgimnazjalne |  Policealne |  Wyższe |
| **Dane** **kontaktowe** |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy  |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Szczegóły** **wsparcia** |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| **Osoba pracująca** w tym:osoba pracująca w administracji rządowejosoba pracująca w organizacji pozarządowejosoba pracująca w administracji samorządowejosoba pracująca w MMŚosoba pracująca w dużym przedsiębiorstwieosoba prowadząca działalność na własny rachunekinne |  Tak Tak Tak Tak Tak Tak Tak Tak |  Nie Nie Nie Nie Nie Nie Nie Nie |
| Wykonywany zawód: |  |
| Osoba zatrudniona w (nazwa pracodawcy): |  |
| Doświadczenie w wykonywanym zawodzie (w pełnych latach) |  |
| **Osoba bierna zawodowo**w tym:osoba ucząca sięosoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniuinne  |  Tak Tak Tak Tak |  Nie Nie Nie Nie |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  Tak |  Nie |  odmowa podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  Tak |  Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami (jeżeli tak – należy dodatkowo załączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności / zaświadczenie lekarskie) |  Tak |  Nie |   odmowa podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  Tak |  Nie |  odmowa podania informacji |
| Deklaruję udział w projekcie jako: | przedstawiciel użytkownika (pracownik) |  Członek rodziny doświadczającej przemocy |

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

* Spełniam kryterium kwalifikowalności, uprawniających mnie do udziału w projekcie, tj.: reprezentuję instytucję – przedstawiciela użytkownika bądź jestem osobą – członkiem rodziny doświadczającej przemocy.
* Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia w/w Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie Projektu.
* Zostałam/em poinformowana/y, że projekt finansowany jest przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa 4 – Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa
* Deklaruję chęć udziału w projekcie.
* Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
* Oświadczam, iż będę obowiązkowo uczestniczył/a w całym cyklu wsparcia (w minimalnym 80% wymiarze).
* Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych.
* Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej
* Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania
w niekorzystnej sytuacji społecznej).
* Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Organizatora projektu
o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej.
* Załączam niniejszym zaświadczenie o zatrudnieniu (**dotyczy osób rekrutowanych jako przedstawiciel użytkownika INW** – osób zatrudnionych w instytucjach Rządowych i samorządowych wspierających rodziny doświadczające przemocy m. in. Placówki i poradnie psychologiczno-pedagogiczne, kuratorzy sądowi, policja, świetlice środowiskowe, szkoły i placówki oświatowe, organizacje pozarządowe – zawody m.in. pedagodzy, psycholodzy, terapeuci, prawnicy, lekarze, duszpasterze, policjanci, decydenci regionalni).
* Załączam stosowne oświadczenie – członka rodziny doświadczającego problemu przemocy **(dotyczy osób doświadczających przemocy w rodzinie).**
* Zostałem/am uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją i selekcją zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1. Zgoda ma charakter dobrowolny. Niewyrażenie zgody wiąże się z brakiem możliwości uczestnictwa w procesie rekrutacyjnym. Zgoda może być cofnięta w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.............................................. …………….…….....................................................

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

**Oświadczenie o spełnieniu kryteriów grupy docelowej projektu (dotyczy osób doświadczających problemu przemocy w rodzinie).**

|  |
| --- |
| **Niniejszym, że jestem osobą:** |
| Doświadczającą przemocy w rodzinie jako ofiara | ❑ tak ❑ nie |
| Będącą świadkiem przemocy doświadczanej przez członków rodziny | ❑ tak ❑ nie |
| Sprawcą przemocy na członkach rodziny | ❑ tak ❑ nie |

* Zostałem/am uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.............................................. …….......................................................................

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

…………………………………………………………….

 (Pieczęć firmowa)

**Deklaracja udziału w projekcie jako instytucja otrzymująca wsparcie**

**(Instytucja - podmioty zajmujące się tematyką przemocy w rodzinie lub bezpośrednio wpierający osoby doświadczające problemu przemocy w rodzinie).**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu |  |
| Adres siedziby (województwo, powiat, gmina, miejscowość, ulica nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy). |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS / nr innego rejestru jeśli dotyczy |  |
| Typ podmiotu (rodzaj) |  |
| Reprezentant i pełniona funkcja |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres kontaktowy e-mail |  |

* Niniejszym deklaruję udział w projekcie „BEZPIECZNA RODZINA” w roli użytkownika odpowiedzialnego za wdrażanie i stosowanie Nowatorskiego Narzędzia Współpracy w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

.............................................. …….......................................................................

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS I PIECZĘĆ OSOBY UPOWAŻNIONEJ