



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

**Załącznik 1 do Regulaminu Rekrutacji Projektu**

**WNIOSEK REKRUTACYJNY  
w ramach**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020**  
**Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne**  
Projekt pt.: „Centrum Wsparcia Rodzin” nr projektu: RPLU.11.02.00-06-0061/17 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Stowarzyszenie Wspierania Aktywności BONA FIDES, na podstawie Umowy nr 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE										
Imię/Imiona:										
Nazwisko:										
Nazwisko rodowe:										
Data i miejsce urodzenia:										
Płeć: <i>(Zaznaczyć właściwe „X”)</i>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M									
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:										
PESEL:										
II. DANE KONTAKTOWE										
Województwo:										
Powiat:										
Gmina:										
Miejscowość:										
Ulica:										
Nr budynku/Nr lokalu:										
Kod pocztowy:										
Obszar <i>(proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)</i>	<input type="checkbox"/> obszar miejski <input type="checkbox"/> obszar wiejski									



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

<b>Telefon stacjonarny i /lub telefon komórkowy:</b> <i>(pole obowiązkowe)</i>	
<b>Adres e-mail:</b> <i>(pole obowiązkowe)</i>	
<b>II. WYKSZTAŁCENIE</b> <i>(proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)</i>	
BRAK <i>(brak formalnego wykształcenia- ISCED 0)</i>	<input type="checkbox"/>
PODSTAWOWE <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej - ISCED 1)</i>	<input type="checkbox"/>
GIMNAZJALNE <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej - ISCED 2)</i>	<input type="checkbox"/>
PONADGIMNAZJALNE <i>(liceum, technikum, szkoła zawodowa - ISCED 3)</i>	<input type="checkbox"/>
POLICEALNE <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej - ISCED 4)</i>	<input type="checkbox"/>
WYŻSZE <i>(pełne i zakończone – licencjat lub magisterium - ISCED 5-8)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>III. STATUS NA RYNKU PRACY</b>	
Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez pracy: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE, a jeżeli TAK to:	
<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Miejskim/Powiatowym Urzędzie Pracy <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Miejskim/Powiatowym Urzędzie Pracy <sup>2</sup>	
<input type="checkbox"/> jestem osobą długotrwale bezrobotną (w zależności od wieku definicja jest różna – jak poniżej):	
<input type="checkbox"/> młodzi (poniżej 25 lat) – jestem osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy	
<input type="checkbox"/> dorośli (25 lat lub więcej) – jestem osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy	
<input type="checkbox"/> jestem osobą bierną zawodowo <sup>3</sup>	
<input type="checkbox"/> nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, <input type="checkbox"/> uczącą się, <input type="checkbox"/> inne)	
<input type="checkbox"/> Jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę/powołania/ wyboru/ mianowania/ spółdzielczej umowy o pracę/umów prawa cywilnego	
Wykonywany zawód _____, zatrudniony w _____	

<sup>1</sup>Oznacza osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, zarejestrowaną w Miejskim/Powiatowym Urzędzie Pracy.

<sup>2</sup>Oznacza osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, niezarejestrowaną w Miejskim/Powiatowym Urzędzie Pracy.

<sup>3</sup>Oznacza osobę, która w danej chwili nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za osoby bezrobotne uznaje się studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) oraz osoby będące na urlopie wychowawczym tylko wtedy, gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne; Osobami bezrobotnymi **NIE SA**: osoby na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, prowadzące działalność na własny rachunek, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność/gospodarstwo rolne); osoby zarejestrowane w KRUS jako domownik, osoby objęte zatrudnieniem subsydiowanym.



Jestem osobą prowadzącą działalność gospodarczą

#### IV. STATUS UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, iż należę do jednej z poniższych grup:

1. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające <b>wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek</b> , o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 <b>w tym</b> :	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
a) osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
e) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
f) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
g) osoby z niepełnosprawnością - osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
h) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
i) osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
k) osoby korzystające z PO PŻ;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 - zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin w ramach projektu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

#### V. INFORMACJE DODATKOWE

##### Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności

(jeśli dotyczy)

- Przestrzeń dopasowana do niepełnosprawności ruchowych  
 Alternatywne formy komunikacji (tłumacz języka migowego)  
 Alternatywne formy materiałów szkoleniowych  
 Inne (jakie?) \_\_\_\_\_

##### Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o projekcie?

- Plakaty, ulotki  Znajomi, rodzina  Strona internetowa  Inne źródło, jakie? \_\_\_\_\_

#### VI. OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisana/y \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

zamieszkała/y \_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania)

##### Pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) przez Beneficjenta do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 wynikających z umowy nr 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
3. Oświadczam, że świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym.



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

- |  |
|--|
| 4. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.   |
| 5. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu rekrutacyjnym jestem uprawniona/y do uczestnictwa w projekcie. |
| 6. Oświadczam, że zostałam poinformowana/y, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.                         |
| 7. Oświadczam, iż wszystkie informacje zawarte we Wniosku zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.  |

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>4</sup>

<sup>4</sup> W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna/opiekunów.



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

Załącznik 1 do Wniosku rekrutacyjnego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja niżej podpisana/y \_\_\_\_\_świadoma/y odpowiedzialności  
karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego<sup>5</sup>

1. Deklaruję swój udział w projekcie pn. „Centrum Wsparcia Rodzin” nr projektu: RPLU.11.02.00-06-0061/17, realizowanym przez Stowarzyszenie Wspierania Aktywności „BONA FIDES”.
2. Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.
3. Oświadczam, że przyjąłem/przyjęłam do wiadomości informację o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z treścią oświadczeń zawartych w formularzu rekrutacyjnym.
4. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Centrum Wsparcia Rodzin” i akceptuję jego treść.
5. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie do udziału w projekcie określone w regulaminie rekrutacji uczestnictwa w projekcie.
6. Zobowiązuję się do:
  - a. Informowania Beneficjenta o zmianach istotnych danych osobowych tj. zmiana nazwiska, danych kontaktowych, stanu zatrudnienia itp.
  - b. W przypadku zmiany danych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym złożonym w trakcie rekrutacji zobowiązuję się, do pisemnego powiadomienia Stowarzyszenia Wspierania Aktywności „BONA FIDES”. Powiadomienie złożę nie później niż w dniu rozpoczęcia pierwszej formy wsparcia w projekcie.
  - c. Uczestnictwa w wymaganym wymiarze we wsparciu organizowanym w ramach projektu.
  - d. Uzupełniania dokumentacji szkoleniowej i doradczej, w tym: podpisywania list obecności i wypełniania ankiet.
  - e. Przestrzegania regulaminu rekrutacji uczestnictwa w projekcie.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Zgodnie z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny ( Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm. ) „Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”

<sup>6</sup> W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,
2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Centrum Wsparcia Rodzin” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
  - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
  - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
- 2) 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - 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).



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
- udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
  - realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:
- Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
  - Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt – Stowarzyszenie Wspierania Aktywności BONA FIDES, ul. Niecała 4/5a, 20 – 080 Lublin
  - podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – *nie dotyczy* (nazwa i adres ww. podmiotów)<sup>7</sup>.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- 6) Podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) W terminie do 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.
- 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.<sup>8</sup>
- 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014 -2020.
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grottgera 4, 20-029 Lublin.
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

<sup>7</sup> Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.

<sup>8</sup> Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.





Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

- 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania.
- 14) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.

**II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:**

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
  - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
  - b. Osoba z niepełnosprawnościami
  - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

**III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)**

- 1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  
 wyrażam zgodę na podanie informacji     odmawiam podania informacji
- 2) Osoba z niepełnosprawnościami  
 wyrażam zgodę na podanie informacji     odmawiam podania informacji
- 3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:
  - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
  - b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
  - c. Osoba z niepełnosprawnościami
  - d. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
  - e. w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
  - f. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu wyrażam zgodę na podanie informacji     odmawiam podania informacji

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>9</sup>

<sup>9</sup> W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna/opiekunów



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

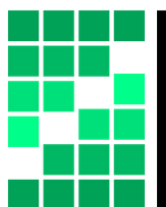
**Załącznik nr 3 do Wniosku rekrutacyjnego**

### ANKIETA MOTYWACYJNA

**Zdecydowałem/am się na udział w projekcie „Centrum Wsparcia Rodzin , ponieważ:**

Proszę wybrać trzy odpowiedzi z poniższych stwierdzeń, z którymi się Pan/i zgadza i wstawić „X” w kratce obok

1. Pod presją współmałżonki/współmałżonka (innych członków rodziny).	
2. Nie potrafię odpowiedzieć.	
3. Słyszałem/am pozytywne opinie o tym projekcie.	
4. Pragnę odnowić/uzyskać kontrolę nad własnym życiem.	
5. Chcę zainwestować we własny rozwój.	
6. Pragnę zdobyć kompetencje niezbędne dla efektywnego funkcjonowania w życiu osobistym/ zawodowym.	
7. Pragnę, aby moje dziecko/dzieci wychowywało/y się w zdrowych warunkach rodzinnych.	
8. Pragnę, aby moja rodzina funkcjonowała zdrowo i harmonijnie.	



**Centrum  
Wsparcia  
Rodzin**

Stowarzyszenie Wspierania Aktywności BONA FIDES

20-080 Lublin, ul. Niecała 4/5a  
tel. 535 000 523 / fax 81 533 72 09  
biuro@stowarzyszeniebonafides.pl  
www.stowarzyszeniebonafides.pl  
KRS: 0000168509  
PODARUJ NAM 1% PODATKU

**BONA FIDES**  
15 LAT RAZEM  
POMOC <<<<  
EDUKACJA  
>>>> ROZWOJ



Projekt „Centrum Wsparcia Rodzin”  
współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
nr umowy: 39/RPLU.11.02.00-06-0061/17-00

**Punktacja :**

Stwierdzenie	Liczba punktów
Stwierdzenie I	0
Stwierdzenie II	0
Stwierdzenie III	1
Stwierdzenie IV	2
Stwierdzenie V	2
Stwierdzenie VI	2
Stwierdzenie VII	2
Stwierdzenie VIII	2