



| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU | |
|------------------------------------|--|
| Tytuł projektu | REHABILITACJA=PRACA |
| Numer projektu | FELU.09.05-IZ.00-0010/24 |
| Numer i nazwa Osi Priorytetowej | Priorytetu IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy |
| Numer i nazwa Działania | Działania 9.5 Ochrona środowiska pracy |

| | Lp. | Nazwa | Dane |
|-------------------------------------|-----|-----------------|--|
| Dane podstawowe: | 1. | Imię: | |
| | 2. | Nazwisko: | |
| | 3. | PESEL: | |
| | 4. | Obywatelstwo: | <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| | 5. | Płeć: | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| | 6. | Data urodzenia: | |
| | 7. | Wykształcenie: | <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8) |
| Dane teled adresowe / zamieszkania: | 1. | Województwo: | |
| | 2. | Powiat: | |



| | | | |
|--|-----|---|--|
| | 3. | Gmina: | |
| | 4. | Miejscowość: | |
| | 5. | Ulica: | |
| | 6. | Nr budynku: | |
| | 7. | Nr lokalu: | |
| | 8. | Kod pocztowy: | |
| | 9. | Telefon kontaktowy: | |
| | 10. | Adres e-mail: | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: | 1. | Jestem osobą obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | 2. | Jestem osobą z państwa trzeciego | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | 3. | Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| | 4. | Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | 5. | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2023 r., poz. 100, z późn. zm.) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |



| | | | |
|---|----|---|--|
| | 6. | Posiadam status osoby bezrobotnej – zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy w woj. lubelskim, narażonej na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych, potrzebujące świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia zatrudnienia. | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Oświadczam, że zaliczam się do wskazanej przeze mnie grupy: | 1. | Osób o stwierdzonej chorobie układu nerwowego które deklarują chęć powrotu na rynek pracy | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | 2. | Osób wykazujących brak kwalifikacji zawodowych lub nieaktualne kwalifikacje zawodowe lub takie, które utrudniają pracę lub podjęcie nowej pracy z uwzględnieniem uwarunkowań zdrowotnych | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

ZAŁĄCZAM WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Komplet wymaganych oświadczeń (załącznik nr 2): **dokument obowiązkowy**
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w ramach projektu (załącznik nr 3): **dokument obowiązkowy**
3. Orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2023 r., poz. 100, z późn. zm.): **dokument fakultatywny**
4. Zaświadczenie z PUP z województwa lubelskiego potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej na dzień złożenia formularza zgłoszeniowego: **dokument obowiązkowy**
5. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające chorobę układu nerwowego: **dokument obowiązkowy**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą¹.

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS

¹ Poucha się, że osoba składająca formularz zgłoszeniowy winna podać wszystkie dane wskazane w formularzu zgodnie ze stanem faktycznym istniejącym w momencie jego składania. Podanie danych niezgodnych z prawdą będzie rodzic po stronie podającego nieprawdziwe dane odpowiedzialność cywilną względem poszkodowanego .



**OŚWIADCZENIA SKŁADANE W RAMACH PROJEKTU REHABILITACJA=PRACA,
FELU.09.05-IZ.00-0010/24**

JA NIŻEJ PODPISANY/AOŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „REHABILITACJA = PRACA” oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest realizowany w ramach Działania 9.5 Ochrona środowiska pracy, Priorytetu IX Zaspokajanie potrzeb rynku pracy programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Projektodawcy – Fundacji Rozwoju Aktywności Społecznej Wspólnota z siedzibą w Lublinie.
4. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Fundację Rozwoju Aktywności Społecznej Wspólnota oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej / Instytucji Pośredniczącej.
5. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości kobiet i mężczyzn oraz przeciwdziałania dyskryminacji.
6. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu programu.
7. Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane Fundacji Rozwoju Aktywności Społecznej Wspólnota stają się własnością podmiotu i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
8. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „REHABILITACJA = PRACA” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym przez Fundację Rozwoju Aktywności Społecznej Wspólnota.
9. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w projekcie „REHABILITACJA = PRACA”, a w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie realizatora.
10. Zobowiązuję się do informowania realizatora projektu o każdorazowej zmianie danych osobowych i kontaktowych wpisanych w formularz zgłoszeniowy projektu.
11. Wszelkie dane podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
12. Oświadczam, że świadomy/-a 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 2017 r., poz. 2204 z późn. zm.) zawarte w dokumentach zgłoszeniowych są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.
13. Przyjmuję do wiadomości, że ponoszę odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. W związku z powyższym, w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, Realizatorowi Projektu przysługuje od uczestnika projektu roszczenie w drodze powództwa cywilnego.
14. Oświadczam, że jednocześnie nie korzystam z wsparcia w ramach innych projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....
DATA

.....
PODPIS



**KLAUZLA INFORMACYJNA W RAMACH PROJEKTU
REHABILITACJA=PRACA, FELU.09.05-IZ.00-0010/24**

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 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 osobowych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej „RODO” – informujemy o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach, wynikających z „RODO”:

1. Administratorem danych osobowych jest Fundacja Rozwoju Aktywności Społecznej Wspólnota z siedzibą ul. Bluszczowa 13/6, 20-224 Lublin
2. Kandydat/uczestnik może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres email: fras.wspolnota@gmail.com
 - a. Przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w: art. 6 ust. 1 lit. c „RODO” oraz w zw. z art. 4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej, zwanego dalej rozporządzeniem ogólnym;
 - b. art. 6 ust. 1 lit. b „RODO” tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy;
 - c. art. 9 ust. 2 lit. g „RODO” przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą;
 - d. art. 87 i 88 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, zwanej dalej ustawą wdrożeniową
3. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielenia wsparcia Kandydatom/Kandydatkom Uczestniczkom/Uczestnikom do projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu;
 - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia Kandydatom/Kandydatkom do projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach projektu / programu;
4. Dane osobowe mogą być udostępnione:
 - a. Instytucji Zarządzającej, której funkcję pełni Zarząd Województwa Lubelskiego-Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
 - b. Ministrowi właściwemu do spraw Rozwoju Regionalnego;
5. Dane osobowe mogą być powierzone do przetwarzania podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
6. Dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne
7. Podanie danych osobowych Kandydata/Kandydatki jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. Kandydat / uczestnik ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Kandydat / uczestnik ma prawo dostępu do treści swoich danych, żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubelskie
Smakuj życie!

10. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
12. Dane osobowe zgodnie z treścią art. 13 ust. 2 lit. a „RODO” dane osobowe będą przechowywane przez okres od dnia zawarcia umowy o dofinansowanie do upływu terminu 5 - cio letniego liczonego od dnia 31 grudnia roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu
13. Beneficjent informuje kandydatów / uczestników projektu, o możliwym przetwarzaniu danych przez podmioty prowadzące badanie ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu Programu tj. IZ (Zarząd Województwa Lubelskiego) oraz IK UP (Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego).

.....

DATA

.....

PODPIS



Ankieta rekrutacyjna
zawierająca pytania o aktywności zawodową, predyspozycjach,
zaangażowaniu, stanie zdrowia, potrzebach w kierunku rehabilitacji

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko | |
| Pesel | |
| Proszę o podanie dysfunkcji zdrowotnych wpływających na brak możliwości zatrudnienia lub utrudnienia w utrzymaniu pracy zawodowej | |
| Proszę o wskazanie urazów krótkotrwałych wpływających na ograniczony udział w rynku pracy | |
| Proszę o wskazanie kiedy powyższe urazy/dysfunkcje powstały i jak wpływają na dalszy udział w życiu zawodowym | |
| Proszę o wskazanie czy podane dysfunkcje są leczone w ramach NFZ | |
| Proszę o wskazanie jakiego wsparcia Pan/Pani oczekuje | |

.....
PODPIS