



### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn. *Mój HORYZONT*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z środków 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*

Tytuł projektu:	<i>Mój HORYZONT</i>
Partner Wiodący/Beneficjent:	Stowarzyszenie Integracji Rodzin PRZYSTAŃ
Nr umowy o dofinansowanie/ okres realizacji projektu:	<b>RPLU.11.02.00-06-0054/17 / 1.09.2018-31.08.2021</b>

#### 1. Nazwisko Uczestniczki/Uczestnika (proszę wypełnić drukowanymi literami)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### 2. Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### 3. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wiek w chwili przystąpienia do projektu: .....

#### 4. Dane podstawowe

Data urodzenia	dzień..... miesiąc ..... rok.....	Miejsce urodzenia	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne		

#### 5. Adres zamieszkania

Kod			-				Miejscowość							
Ulica							Nr domu, lokalu							
Województwo							Powiat							
Gmina							Adres e-mail							
Telefon stacjonarny							Tel. komórkowy							
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> obszar miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)													

#### 6. Sytuacja rodzinna:

- rodzina pełna                       małżonkowie rozwiedzeni  
 rodzina niepełna                  opieka nad dzieckiem/dziećmi  
 rodzina rozbita                     jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym

#### 7. Problem uzależnienia w rodzinie:    tak    nie    czasami



### 8. Rodzaj uzależnienia:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> uzależnienie od alkoholu                         | <input type="checkbox"/> uzależnienie od zakupów      |
| <input type="checkbox"/> uzależnienie od narkotyków                       | <input type="checkbox"/> uzależnienie od osoby        |
| <input type="checkbox"/> uzależnienie od gier, hazardu                    | <input type="checkbox"/> uzależnienie od pracy        |
| <input type="checkbox"/> uzależnienie od komputera/<br>telefonu/internetu | <input type="checkbox"/> uzależnienie od leków        |
| <input type="checkbox"/> uzależnienie od dopalaczy                        | <input type="checkbox"/> uzależnienie od psychotropów |

Inne (jakie?): .....

### 9. Sytuacja na rynku pracy

**osoba aktywna zawodowo, pracująca, w tym:**

- w administracji rządowej  
 w administracji samorządowej  
 w MŚP  
 w organizacji pozarządowej  
 prowadząca działalność na własny rachunek  
 osoba pracując w dużym przedsiębiorstwie

Zawód wykonywany: .....

Nazwa/adres zakładu pracy: .....

**osoba bierna zawodowo, w tym:**

- ucząca się     osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu     inne

**osoba niezarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:**

- osoba długotrwale bezrobotna     inne

**osoba bezrobotna (w rozumieniu BAEL lub zarejestrowana w urzędzie pracy), w tym:**

- osoba długotrwale bezrobotna     inne

**osoba długotrwale bezrobotna (osoby bezrobotne w rozumieniu definicji BAEL lub zarejestrowana w urzędzie pracy nieprzerwanie przez okres powyżej 12 miesięcy)**

**10. Opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobami zależnymi:**     tak     nie

**11. Jestem osobą niepełnosprawną:**     tak     nie

Wymagam następujących udogodnień.....  
 .....

### 12. Pozostałe dane:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>



### 13. Wybieram wsparcie fakultatywne (można zaznaczyć więcej niż jedno wsparcie):

- Zajęcia dla dziecka w wieku szkolnym w Świetlicy Socjoterapeutycznej (w tym: organizacja czasu wolnego, zajęcia z matematyki i języka obcego, warsztaty z zakresu technik uczenia się)
- Zajęcia w ramach Grupy Wsparcia
- Specjalistyczne turnusy terapeutyczne dla rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych
- Warsztaty grupowe „Umiejętności psychospołeczne”
- Międzygminny Punkt Konsultacyjno-Doradczy „Mój HORYZONT”, w tym porady psychoterapeuty, prawnika, doradcy zawodowego, asystenta rodziny, kuratora społecznego, psychiatry, psychologa, terapeuty uzależnień
- Nie wyrażam chęci udziału we wsparciu nieobowiązkowym

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na  
Uczestnika/Uczestniczkę lub Rodzica/Opiekuna  
Prawnego osoby niepełnoletniego/j

### OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDAKI

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

Deklaruję chęć udziału w projekcie *Mój HORYZONT*

Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie oświadczam, że akceptuję warunki *Regulaminu*.

Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej), z zastrzeżeniem, że odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

W związku z kandydowaniem na Uczestnika projektu *Mój HORYZONT*, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu *Mój HORYZONT*.



Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 (RPO WL).
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usług Projektu;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania;
6. moja zgoda obejmuje również przetwarzanie ww. danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się do 6 m-cy od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

Jestem świadomy/a, iż złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na  
Uczestnika/Uczestniczkę lub Rodzica/Opiekuna  
Prawnego osoby niepełnoletniego/j*

Data wpływu formularza: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

.....  
Podpis osoby przyjmującej formularz: