**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU** (dla drugiego z rodziców)

**„W rodzinie siła!”**

**RPZP.07.06.00-32-K024/20**

**Gmina Borne Sulinowo**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE I KONTAKTOWE** | | | | | | |
| Imię/Imiona: | |  | | | | |
| Nazwisko: | |  | | | Płeć: | * Kobieta * Mężczyzna |
| PESEL: | |  | | | | |
| Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)  *(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)* | | * Brak (brak formalnego wykształcenia) * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) * Policealne (szkoła policealna) * Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) | | | | |
| Adres zamieszkania:[[1]](#footnote-1) | | | | | | |
| Województwo: | | Zachodniopomorskie | | | | |
| Powiat: | |  | | | | |
| Gmina: | | Borne Sulinowo | | | | |
| Miejscowość: | |  | | | | |
| Ulica: | |  | | | | |
| Numer domu: | |  | Numer lokalu: | |  | |
| Kod pocztowy: | |  | Obszar  (proszę zaznaczyć właściwe): | | □ Miejski[[2]](#footnote-2) □ Wiejski[[3]](#footnote-3) | |
| Telefon kontaktowy: | |  | | | | |
| Adres e-mail: | |  | | | | |
| **CZĘŚĆ II: STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | |
| Status zawodowy kandydata *(możliwe jest zaznaczenie tylko*  ***jednej odpowiedzi TAK****)* | **OSOBA BEZROBOTNA** zarejestrowana lub niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy tj. pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia | | | □ TAK, osoba ZAREJESTROWANA w Powiatowym  Urzędzie Pracy  □ w tym osoba długotrwale bezrobotna – w  ostatnich 24 miesiącach pozostawała bez  zatrudnienia przez 12 miesięcy  □ TAK, osoba niezarejestrowana w PUP  □ NIE | | |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**:  w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje, nie jest gotowa do podjęcia pracy/ nie poszukuje pracy), w tym osoby będące na urlopie wychowawczym | | | □ TAK  □ NIE | | |
| **OSOBA PRACUJĄCA:**  osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracowała ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstw o rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących. | | | □ TAK  □ NIE  Jeśli zaznaczono TAK, proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia:   * w administracji rządowej * w organizacji pozarządowej * w dużym przedsiębiorstwie * w administracji samorządowej * w mikro/ małym/ średnim przedsiębiorstwie * inne   Zatrudniona/y w (nazwa firmy/przedsiębiorstwa):  ……………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………….. | | |
| Wykonywany zawód *- dotyczy osób pracujących:* | | | * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik poradni psycholog.-pedagogicznej * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * inny …………………………………………….. | | |
| Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | □ TAK  □ NIE  □ odmawiam podania informacji | | |
| osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | □ TAK  □ NIE | | |
| Osoba z niepełnosprawnością  w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; | | | □ TAK  □ NIE  □ odmawiam podania informacji | | |
| osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osoba należąca do jednej lub kliku z poniższych grup:  i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,  ii. byli więźniowie,  iii. narkomani,  iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,  v. **osoby z obszarów wiejskich.** | | | □ TAK  □ NIE | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ III: SYTUACJA RODZINNA- przedstawiona w formularzu ……………………………………………………….**  **(wpisać imię i nazwisko współmałżonka/ki / partnera/ki )** | |
| **Oświadczam, że należę do rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych** | □ TAK  □ NIE |
| **Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z następującymi osobami - członkami rodziny:**  **[1] ……………………………………………………………..… -relacja: ……………………………………**  **[2] …………………………………………………………….... - relacja: ……………………………………**  **[3] …………………………………………………………..….. - relacja: ……………………………………**  **DANE PRZEDSTAWIONO W FORMULARZU REKRUTACYJNYM WSPÓŁMAŁŻONA / PARTNERA ………………................................................** (podać imię i nazwisko )  (Przykładowe relacje: *związek małżeński / pokrewieństwo/ powinowactwo w linii prostej / powinowactwo II stopnia/ powinowactwo w linii bocznej / w stosunku przysposobienia / opieka / kuratela)*  **Oświadczam, że wśród tych osób są dzieci przed ukończeniem 18 roku życia.** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ IV: SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością** | | | |
| Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje: | 1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Pętla indukcyjna |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Powiększony tekst |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia |  | TAK |
|  | NIE |
| 1. Inne |  | TAK |
|  | NIE |
| Jeżeli w **pkt 5 zaznaczono TAK**, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia: |  | | |
| Jeżeli w **pkt 6 zaznaczono TAK,** proszę wymienić potrzeby: |  | | |

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

**Świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:**

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:
2. zamieszkuje na obszarze Województwa Zachodniopomorskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie Gminy Borne Sulinowo;
3. spełniam przesłanki o **zagrożeniu ubóstwem lub wykluczeniem społecznym osób / rodzin**,   
   o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020;
4. wychowuję co najmniej jedno dziecko w wieku do 18 roku życia;
5. moja rodzina przeżywa trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych.
6. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie W rodzinie siła! RPZP.07.06.00-32-K024/20 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 zobowiązuję się do uczestnictwa we wsparciu zgodnie z opracowanym planem pracy.
7. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. formularzu są prawdziwe.

* Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
* Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
* Oświadczam, że zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

………………………………………… ……………………………………………..

Miejscowość, data Podpis

***OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU***

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
3. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach czynności przetwarzania danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. 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 RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
   1. w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
5. 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.),
6. 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.),
7. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, t.j., z późn. zm.);
   1. w odniesieniu do czynności przetwarzania na danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
8. 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,
9. 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,
10. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.),
11. 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).
12. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „W rodzinie siła!”   
    RPZP.07.06.00-32-K024/20, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
13. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Ośrodkowi Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, z siedzibą przy ul. Kminkowej 182 E/2,   
    62-064 Plewiska oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Gminie Borne Sulinowo, Aleja Niepodległości 6, 78-449 Borne Sulinowo oraz Miejsko – Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie, Gminie Choszczno, ul. Wolności 24, 73-200 Choszczno, Miejsko - Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Choszcznie, Gminie Kołbaskowo, Kołbaskowo 106, 72-001, Kołbaskowo, Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Kołbaskowie, Gminie Mieszkowice, ul. Fryderyka Chopina 1,   
    74-505 Mieszkowice, Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Mieszkowicach ul. Fryderyka Chopina 1, 74-505 Mieszkowice oraz Gminie Połczyn – Zdrój, Plac Wolności 3-4,78-320 Połczyn- Zdrój. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta badania, kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
14. Dodatkowo w terminie 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. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
15. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
16. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 (tj. do dnia 31 grudnia 2023 r.) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
17. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
18. abi@wzp.pl - w odniesieniu do danych ze zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
19. iod@miir.gov.pl – w odniesieniu do danych ze zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
20. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
21. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
22. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
23. Podanie danych jest warunkiem ustawowym, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\** |

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

**Obligatoryjne:**

1. Oświadczenie dotyczące trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo- wychowawczych

**Fakultatywne, w tym oświadczenia - wypełnić tylko te załączniki które dotyczą:**

1. Kserokopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (jeśli dotyczy): uczestnika projektu, lub członka rodziny, w tym dokumenty potwierdzające, że członkowie gospodarstwa domowego sprawują opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy);
2. Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (jeśli dotyczy);
3. Oświadczenie dotyczące dochodu (jeśli dotyczy); dokumenty określające dochód takie jak: decyzja właściwego organu rentowego/ emerytalnego (ZUS /KRUS) informująca o wysokości przyznanego świadczenia za ostatni miesiąc (jeśli dotyczy);
4. Oświadczenie o samotnym rodzicielstwie (jeśli dotyczy);
5. Oświadczenie o wielodzietności (jeśli dotyczy);
6. Oświadczenie o objęciu dziecka pieczą zastępczą (jeśli dotyczy);
7. Zaświadczenie od lekarza o niesamodzielności;
8. Oświadczenie dotyczące niepełnosprawności dziecka / uczestnika / członka rodziny
9. Dokumenty potwierdzające spełnienie przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; (jeśli dotyczy);
10. Dokumenty potwierdzające przynależność do grup o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (jeśli dotyczy);
11. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – status bezrobotnego / długotrwale bezrobotnego (jeśli dotyczy);
12. Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń społecznych – status osoby biernej zawodowo (jeśli dotyczy).

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:**

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia[[4]](#footnote-4) obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie  (wypełnia beneficjent/partner /realizator ) |
| Ilość punktów: ……………………………………………. ……………………………………………………………….  (podpis) |

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BEZROBOTNEJ**

**(dla osób niezarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy)**

Ja, …………………………………………………….. niżej podpisana niniejszym oświadczam, że jestem osoba bezrobotną

**Pouczenie:**

**Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL tj. osoba, które nie jest zarejestrowana jako bezrobotna, lecz nie pracuje, aktywnie poszukuje pracy i jest gotowa do podjęcia zatrudnienia.**

**Uwaga:**

Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

…………………………………………………

data, podpis

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO**

Ja, …………………….. , niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osoba bierną zawodowo.

**Pouczenie:**

**Osoby bierne zawodowo** to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).  
Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:

* studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne’
* osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne

**Uwaga:**

Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek – status „aktywny” (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

W załączeniu przedkładam / zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego status osoby biernej zawodowo\*.

…………………………………………………

data, podpis

\*Wydanie zaświadczenia jest możliwe w następujący sposób: Uczestnik/czka składa do ZUS druk US-7- o wydanie zaświadczenia. Wzór wniosku do ZUS (druk US-7) stanowi załącznik Regulaminu Rekrutacji I Uczestnictwa w Projekcie „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20

Zaświadczenie uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia jego wydania. Oznacza to, że uczestnik nie może otrzymać pierwszej formy wsparcia później niż 30 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, chyba że przedstawi nowe zaświadczenie.

**UMOWA w ramach projektu pn. „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20**

Zawarta w ………………. w dniu ………………….. pomiędzy:

………………………., realizującym w województwie zachodniopomorskim projekt: „W rodzinie siła!”   
RPZP.07.06.00-32-K024/20 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, zwanym w dalszej części umowy **„Projektodawcą”**

a uczestnikiem:

……………………………..…………………………………………………………………….…………………………………………………………zamieszkałym/ą w ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr PESEL: ………………………..……………………………………………………………………………………………………………..………

zwanym w dalszej części umowy **„Uczestnikiem Projektu”**

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział Uczestnika Projektu w projekcie pt. „W rodzinie siła!”   
   RPZP.07.06.00-32-K024/20 realizowanym w ramach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Umowa zawarta jest na czas trwania form wsparcia i nie dużej niż do zakończenia projektu, tj. do 31.12.2022 r.

**§ 2**

1. Projektodawca realizuje projekt „W rodzinie siła!” RPZP.07.06.00-32-K024/20 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 w okresie od 1 marca 2021 roku do 31 grudnia 2022 roku.
2. Uczestnik Projektu korzystać będzie z: *(należy zaznaczyć wybór):*

|  |  |
| --- | --- |
| Pobytu dzieci / dziecka w Placówce Wsparcia Dziennego |  |
| Wsparcia pracownika socjalnego w formie wywiadu środowiskowego i ze wsparcia zgodnego z planem pracy opracowanym przez pracownika socjalnego lub wsparcia asystenta rodziny i ze wsparcia zgodnego z planem pracy opracowanym przez asystenta rodziny |  |

1. Szczegółowy zakres wsparcia określony zostanie w Planie Pracy z Rodziną, który zostanie opracowany po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego.
2. Świadczenia realizowane w ramach projektu są nieodpłatne.

**§ 3**

1. Uczestnik Projektu oświadcza, iż zapoznał się z Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie   
   i Uczestnik Projektu spełnia warunki uczestnictwa w Projekcie.
2. Uczestnik jest świadomy odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności cywilnej, za składanie nieprawdziwych oświadczeń, na podstawie których Uczestnik Projektu został zakwalifikowany do udziału w Projekcie.
3. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do:

* potwierdzania zrealizowania wsparcia poprzez złożenie podpisu w odpowiednich dokumentach,
* wypełniania testów monitoringowych, ewaluacyjnych oraz wszelkich dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu w czasie jego trwania.

**§ 4**

1. Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu oraz Projektodawcy, związane z realizacją Projektu, określone są w Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.

**§ 5**

1. Umowa zostaje zawarta na czas trwania form wsparcia i nie dłużej niż do zakończenia projektu   
   tj. 31 grudnia 2022 roku.
2. Rezygnacja z udziału w Projekcie możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach i następuje poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej pod rygorem nieważności z jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia liczonym od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło złożenie ww. oświadczenia.
3. Projektodawca zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika Projektu z listy uczestników w przypadku naruszenia regulaminu oraz zasad współżycia społecznego.
4. Niniejsze postanowienie wynika z faktu, iż Projekt jest finansowany ze środków publicznych, w związku z czym na Projektodawcy spoczywa szczególny obowiązek dbałości o ich prawidłowe i zgodne z założonymi celami wydatkowanie.

**§6**

1. Zmiana warunków niniejszej Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Prawem właściwym dla oceny wzajemnych praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy, jest prawo polskie.
3. Jurysdykcja do rozstrzygania sporów wynikłych na tle stosowania niniejszej umowy jest po stronie sądów polskich.
4. W okresie trwania niniejszej umowy strony są zobowiązane informować się nawzajem na piśmie o każdej zmianie adresu swojego zamieszkania lub siedziby. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję wysłaną na uprzednio wskazany adres listem poleconym za potwierdzeniem odbioru i nieodebraną, uważa się za doręczoną.
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają: przepisy Kodeksu Cywilnego. Sprawy wynikłe na tle niniejszej Umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy dla siedziby Projektodawcy.
6. **Wszelką korespondencję dotyczącą projektu należy kierować na adres Biura Projektu – ul. Królowej Korony Polskiej 25 /114, 70-486 Szczecin lub na adres terytorialnie właściwego Partnera / Realizatora w projekcie.**

**§7**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

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

Podpis Uczestnika Projektu Podpis i pieczęć Projektodawcy

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim. [↑](#footnote-ref-1)
2. obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-2)
3. tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko –wiejskiej [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-4)