



Formularz zgłoszeniowy

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X”, bądź uzupełnienie treści)

I. DANE PODSTAWOWE

1.
Nazwisko

2.
Imię

3. - -
Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)

4.
Miejsce urodzenia

5a. 5b.
Płeć (M/K) Wiek (pełne lata)

5c.
PESEL

II. ADRES ZAMIESZKANIA

6.
Miejscowość Ulica Nr budynku Nr lokalu

7. -
Kod pocztowy Gmina Powiat

8.
Województwo

9. Miejsce zamieszkania (Proszę wstawić X w odpowiedniej pozycji) *Wieś **Miasto

*Obszar wiejski – teren położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej

** Obszar miejski – miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko-wiejskiej

III. DANE KONTAKTOWE (obowiązkowo)

10.
Numer telefonu

Email

IV. DANE DODATKOWE

11. Wykształcenie (Proszę wstawić X w odpowiedniej pozycji)

podstawowe (klasa 1-6, klasa 1-8) gimnazjalne ponadgimnazjalne policealne wyższe

V. INFORMACJE DODATKOWE

12. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia?

tak nie odmawiam podania informacji

13. Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

tak nie

14. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami?

tak i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: lekkim umiarkowanym znacznym
 nie odmawiam podania informacji

15. Czy jest Pan(i) osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?

tak nie **w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu?** tak nie

16. Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?

tak nie

17. Czy jest Pan(i) osobą w innej (niż wymienione powyżej) niekorzystnej sytuacji społecznej?

tak nie odmawiam podania informacji



VI. INFORMACJE O SYTUACJI ZAWODOWEJ

18. Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X”):

- zarejestrowaną w PUP w _____ od (miesiąc, rok) _____ jako osoba bezrobotna
- Bezrobotną, nie zarejestrowaną w PUP, poszukującą pracy;
- Bierną zawodowo - niepracującą, nie zarejestrowaną w PUP, nieposzukującą pracy, uczącą się;
- Bierną zawodowo - niepracującą, nie zarejestrowaną w PUP, nieposzukującą pracy, nie uczącą się.

Jestem osobą zatrudnioną

- tak nie

Jeśli tak:

- zatrudniony w administracji rządowej
- zatrudniony w administracji samorządowej
- inne
- zatrudniony w MMŚP
- zatrudniony w organizacji pozarządowej
- prowadzący działalność na własny rachunek
- zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
- zatrudniony w gospodarstwie rolnym

Wykonywany zawód:

- rolnik
- instruktor praktycznej nauki zawodu
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik instytucji ochrony zdrowia
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji szkol. wyższ.
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i PZ
- pracownik OWES
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- inny

Zatrudniony w: _____

19. Źródło informacji o Projekcie (np. prasa, radio, telewizja, Internet, plakaty, ulotki itp.):

20. Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie.

VII. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Upředzona(y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane wpisane w „Formularzu Zgłoszeniowym” są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych i równocześnie zobowiązuję się poinformować „Uzdrowisko Busko-Zdrój” S.A. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.
2. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Realizacji Projektu.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, VIII Oś Priorytetowa „Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo w ramach realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Projekcie jest bezpłatny.
5. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji zawartymi w Regulaminie Realizacji Projektu i akceptuję jego wszystkie postanowienia.
6. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
7. Spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w Regionalnym Programie Zdrowotnym, zgodnie z Regulaminem Realizacji Projektu.
8. W związku z przystąpieniem do Projektu oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:
 - a. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
 - b. administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
 - c. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa



- Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności: udzielenia wsparcia, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje, sprawozdawczości, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, archiwizacji.
- d. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020).
- e. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - „Uzdrowisko Busko – Zdrój S.A., ul. Gen. Rzewuskiego 1, 28-100 Busko - Zdrój oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 – 2020.
- f. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- g. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- h. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- i. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji projektowej do dnia 31.12.2027r.
- j. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę „Uzdrowisko Busko-Zdrój” S.A. dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w badaniach profilaktycznych.
10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Miejscowość i data

Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy/ opiekuna prawnego (imię i nazwisko)

VIII. REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (w przypadku braku kontaktu z Uczestnikiem Projektu wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację).

Z dniem ____ - ____ - ____ roku rezygnuję z uczestnictwa w Projekcie oraz zwracam otrzymane materiały szkoleniowe i promocyjne. Jednocześnie oświadczam, iż powodem rezygnacji jest _____

Legenda:

- ¹ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997, nr 123, poz. 766) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.
- ² Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.
- ³ Bezdomność lub wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:
 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych warunkach i alarmujących warunkach),
 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, kobiet, imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane),
 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą),
 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajnie przeludnione).
- ⁴ Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo. Gospodarstwo domowe to jednostka (ekonomiczna, społeczna): posiadająca wspólne zobowiązania, dzieląca wydatki domowe i codzienne potrzeby, wspólnie zamieszkująca. Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem wspólnie prowadząca dom.
- ⁵ Gospodarstwo domowe zgodnie z definicją w przypisie nr 4; Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem. Wiek dziecka liczony jest od daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału uczestnika w Projekcie.
- ⁶ Gospodarstwo domowe zgodnie z definicją w przypisie nr 4; Dziecko zgodnie z definicją określoną w przypisie nr 5; Osoba dorosła to osoba powyżej 18 roku życia.



Wypełnia Wykonawca

DECYZJA KWALIFIKACYJNA* kandydata do udziału w Projekcie

LP	Kryterium	Ilość punktów	Uzyskana ilość punktów**	
1	Formalne	UP, którzy w przeciągu ostatnich 3 lat nie mieli wykonywanych badań w kierunku cukrzycy lub u których występują czynniki ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 - FINDRISC	20	X
		UP aktywni zawodowo tj. pracujący lub bierni zawodowo z powodu stanu zdrowia 45-64 r.ż.	10	X
		UP, którzy uczą się , pracują lub zamieszkują na terenie Województwa Świętokrzyskiego	10	X
2	Dodatkowe	WIEK: GD 50+	20	
		NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ (w pierwszej kolejności będą kwalifikowani do Programu z grupy docelowej niepełnosprawni)	15	
3	Premiujące	Osoby zagrożone ubóstwem oraz wykluczeniem społecznym	20	
		Pierwszeństwo do udziału w Programie dla kobiet	5	
4	Uzupełniające	Motywacja UP do udziału w programie – chęć poprawy prowadzenia zdrowego stylu życia, zmiana trybu życia (zmiana złych nawyków) ułatwiający powrót do pracy i umożliwiający wydłużenie aktywności zawodowej	10	
Razem punktów				

Po uwzględnieniu:

- Poprawności formalnej i kompletności dokumentów.
- Wskaźników Projektu z uwzględnieniem płci.
- Kryteriów kwalifikacyjnych przedstawionych w tabeli.

Kandydat zostaje:

zakwalifikowany wpisany na listę rezerwową nie zakwalifikowany

Podpis osoby kwalifikującej

** zaznaczyć polem znakiem „X” w przypadku spełnienia kryterium