|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**  **„ Uśmiechnięta rodzina ”**  **Nr projektu RPWM.11.02.03-28-0033/22**  **Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko‑Mazurskiego na lata 2014-2020** | | | | | |
| **DANE RODZINY** | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | |
| Skład rodziny:  rodzice (imiona, wiek)  dzieci (imiona, wiek)  inni członkowie rodziny (imiona, wiek) | | ................................................................................................................................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ........................................................................................................................................  ........................................................................................................................................  ........................................................................................................................................  ........................................................................................................................................ | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | |
| Adres |  | | | | |
| Nr telefonu |  | | E-mail | |  |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE** | | | | | |
| 1. Czy rodzina mieszka na terenie Miasta Szczytno? | | |  TAK |  NIE | |
| 1. Czy rodzina lub członek rodziny jest zagrożona/y ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym? | | |  TAK |  NIE | |
| 1. Oświadczam, że członkowie rodziny chcą wziąć udział w projekcie. | | |  TAK |  NIE | |
| **KRYTERIA PUNKTOWE** | | | | | |
| 1. Czy rodzina objęta jest wsparciem ośrodka pomocy społecznej z powodu więcej niż jednej przesłanki ? | | |  TAK, proszę wymienić przesłanki: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  NIE | |
| 1. Czy w skład rodziny wchodzą osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub z niepełnosprawnością sprzężoną lub z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi? | | |  TAK |  NIE | |
| 1. Czy rodzina korzysta z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? | | |  TAK |  NIE | |
| 1. Jakie są szczególne potrzeby rodziny? | | |  | | |
| **ZAŁĄCZNIKI** | | | | | |
| Do niniejszego formularza załączam: | | | | | |
| 1. Orzeczenie o niepełnosprawności | | |  TAK |  NIE | |
| 1. Zaświadczenia z PUP | | |  TAK |  NIE | |
| 1. Inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………   ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  …………………………… | | |  TAK |  NIE | |

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:

* + - 1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ Uśmiechnięta rodzina".
      2. Zgodnie z wymogami zawartymi w ww. Regulaminie spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.
      3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu rekrutacji do projektu oraz uczestnictwa w projekcie.
      4. Administratorem danych osobowych przetwarzanych ww. celach jest Fundacja Mazurski Archipelag, ul. Kochanowskiego 33, 12-100 Szczytno, NIP: 7451844293, Regon: 281530674. Zgodnie z Rozporządzeniem 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo: żądania dostępu do danych osobowych; sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu; cofnięcia zgody w każdym momencie, jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00‑193 Warszawa.
      5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam prawdziwość danych zawartych w niniejszym formularzu.

………………………………………………

(Data i czytelny podpis przedstawiciela rodziny)

Wypełniony formularz z kompletem załączników należy złożyć w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Szczytnie mieszczącej się przy ul. Bohaterów Westerplatte 12. W przypadku osób z niepełnosprawnościami istnieje możliwość złożenia formularza bezpośrednio u pracownika socjalnego lub w formie elektronicznej.

**UWAGA** Złożenie niniejszego Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do uczestnictwa w projekcie. Poprawnie wypełniony i złożony Formularz zostanie poddany ocenie Komisji, która biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji, zdecyduje o zakwalifikowaniu do projektu.