*Załącznik nr 1/2020 do Zasad*

*Toruń, Grudzień 2019*

Formularz rekrutacyjny

***dla Kandydatów na Uczestników Projektu Aktywna Mama, aktywny Tata***

|  |  |
| --- | --- |
| TYTUŁ PROJEKTU | *„Aktywna Mama, aktywny Tata”* |
| Nr PROJEKTU | RPKP.08.04.01-04-0038/18 |

***Wypełnia Biuro Projektu:***

|  |  |
| --- | --- |
| Numer Uczestnika Projektu |  |

**Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego proszę zapoznać się z Zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywna Mama, aktywny Tata”**

**Z Projektu mogą skorzystać osoby fizyczne, które dotąd nie otrzymały wsparcia w ramach projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 8.4.1 obejmującego pokrycie kosztów związanych z bieżącym świadczeniem usług opieki nad danym dzieckiem.**

**Koszty związane z refundowaniem usług opieki nad dziećmi do lat 3 nie będą przeznaczone na miejsca opieki nad dzieckiem utworzone i finansowane z EFS w ramach realizacji projektów z Poddziałania 8.4.1 Wsparcie zatrudnienia osób pełniących funkcje opiekuńcze, 8.4.2 Rozwój usług opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 lub 8.4.3 Rozwój usług opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w ramach ZIT.**

**Łączne finansowanie bieżącej opieki nad dzieckiem do lat 3 ze środków EFS oraz rządowego programu „MALUCH+” nie może przekroczyć kosztów opieki nad dzieckiem**

\*wszelkie dodatkowe informacje udzielane są w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń, tel. 501 604 167 lub 56 657 14 70, email: aktywni\_mamatata@rops.torun.pl

\*\*w przypadku osób z niepełnosprawnością uniemożliwiającą wypełnienie formularza prosimy o kontakt: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń, tel. 501 604 167 lub 56 657 14 70 wew. 21 11, email: aktywni\_mamatata@rops.torun.pl

\*\*\*Pola oznaczone szarym kolorem wypełnia Biuro Projektu

Instrukcja wypełniania formularza rekrutacyjnego:

1. Formularz musi być wypełniony czytelnie w języku polskim (elektronicznie lub odręcznie DRUKOWANYMI literami ) oraz wydrukowany i podpisany czytelnie w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Formularz musi być kompletny, tj.:
	1. musi zawierać wszystkie strony,
	2. każde pole formularza musi być wypełnione,
	3. nie należy usuwać jakiejkolwiek treści niniejszego dokumentu
	4. w pytaniach zamkniętych wybraną odpowiedź zaznaczyć znakiem „X”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **DANE KANDYDATA/TKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU** (drukowanymi literami) |
| 1. | Imię/Imiona  |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  |
| 4. | Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL |  |
| 5.  | Płeć | 🞐 kobieta 🞐 mężczyzna  |
| Adres zamieszkania |
| 6. | ulica, numer budynku, numer lokalu, miejscowość) | Ulica  |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu  |  |
| Miejscowość |  |
| 7. | Powiat |  |
| 8.  | Gmina  |  |
| 9. | Kod pocztowy, miejscowość | \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ………………………………………. |
| 10. | Telefon kontaktowy  |  |
| 11. | Adres e-mail (obligatoryjny-obowiązkowy) |  |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż wskazany powyżej) |
| 12. | (ulica, numer budynku, numer lokalu, miejscowość) | Ulica  |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość  |  |
| 13. | Powiat |  |
| 14. | Gmina |  |
| 15. | Kod pocztowy, miejscowość | \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ………………………………………. |
| 16.  | Rodzaj Uczestnika  | 🞐 indywidualny 🞐 pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 17. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu | 🞐 osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  | 🞐 długotrwale bezrobotna🞐 inne  |
| 🞐 osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  | 🞐 długotrwale bezrobotna🞐 inne |
| 🞐 bierna zawodowo | 🞐 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 🞐 osoba ucząca się 🞐 inne  |
| 🞐 osoba pracująca  | 🞐 osoba prowadząca działalność na własny rachunek 🞐 osoba pracująca w administracji rządowej🞐 osoba pracująca w administracji samorządowej🞐 osoba pracująca w organizacji pozarządowej🞐 osoba pracująca w mikro-, małym- średnim przedsiębiorstwie🞐 w dużym przedsiębiorstwie 🞐 inne |
| Wykonywany zawód |  |
| Nazwa zakładu pracy i adres  |  |
| 18. |  Status osoby w chwili przystąpienia do Projektu  | 🞐 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia 🞐 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań 🞐 Osoba z niepełnosprawnościami🞐 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |

|  |
| --- |
| **Część I** |
| Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi od ukończenia przez nie 20 tyg. życia do lat 3 (bycie rodzicem lub opiekunem prawnym) |  🞐 TAK  🞐 NIE |
| Informacje dotyczące dzieci poniżej 3 roku życia, nad którymi osoba sprawuje opiekę*(można podać kilka dat)**Proszę zaznaczyć znakiem „X” w ostatniej rubryce tabeli, którego dziecka wsparcie w ramach Projektu ma dotyczyć, wsparcie może dotyczyć więcej niż 1 dziecka* | Imię i nazwisko dziecka | Data/daty urodzenia: |
| Dzień | Miesiąc | Rok | X |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Status osoby na rynku pracy *(można zaznaczyć jedną lub kilka opcji)* | Jestem osobą fizyczną: |
| 🞐 pracującą 🞐 na urlopie macierzyńskim (w tym zasiłek z ZUS z tytułu zawieszonej działalności gospodarczej)🞐 na urlopie rodzicielskim (w tym na zasiłku z ZUS/KRUS z tytułu zawieszonej działalności gospodarczej)🞐 na urlopie wychowawczym  | 🞐 bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy🞐 bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy🞐 bezrobotną, przebywającą na zasiłku macierzyńskim/rodzicielskim z ZUS/KRUS |
| Deklarowana data powrotu na rynek pracy (dotyczy osób przebywających na zasiłku macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 dzień miesiąc rok |
| Data rozpoczęcia opieki nad dzieckiem (żłobek, niania, klub dziecięcy, dzienny opiekun) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 dzień miesiąc rok |
| Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego  | 🞐 mieszkam🞐 pracuję 🞐 uczę się  |
| Otrzymałam/em już wsparcie w ramach projektu współfinansowanego z EFS w ramach poddziałania 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3 obejmującego pokrycie kosztów związanych z bieżącymi świadczeniami usług opieki nad danym dzieckiem | 🞐 TAK 🞐 NIE |
| Żłobek/klub dziecięcy/dzienny opiekun, gdzie będzie przebywało dziecko do lat 3 otrzymują dofinansowanie w ramach programu „Maluch+” (weryfikacja na podstawie wykazu żłobków/klubów dziennych/dziennych prowadzonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki na dzień 1 maja 2019 r.) | 🞐 TAK 🞐 NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ II** | Przyznana liczba punktów  |
| Samotnie wychowuję dziecko/dzieci | 🞐 TAK🞐 NIE  |  |
| Jestem zarejestrowana/ny w PUP jako bezrobotna/bezrobotny | 🞐 TAK 🞐 NIE |  |
| Korzystam z pomocy społecznej z powodu znajdowania się w trudnej sytuacji życiowej i materialnej w 2019 r., (od 01.01.2019 r., nie dotyczy świadczeń rodzinnych oraz wychowawczych – 500Plus) | 🞐 TAK 🞐 NIE |  |
| Posiadam wykształcenie | 🞐 niższe niż podstawowe 🞐 ponadgimnazjalne🞐 podstawowe 🞐 policealne🞐 gimnazjalne 🞐 wyższe  |  |
| Posiadam doświadczenie zawodowe poniżej 6 miesięcy stażu pracy (z wszystkich zatrudnień) | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Posiadam dzieci *(liczba dzieci)* | 🞐 dwoje🞐 troje🞐 czworo i więcej  |  |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami  | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Dziecko, którego ma dotyczyć wsparcie posiada orzeczenie o niepełnosprawności | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Niepełnosprawność innego dziecka w rodzinie  | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Niepełnosprawność drugiego z rodziców  | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Małżonek/małżonka jest osobą pracującą  | 🞐 TAK🞐 NIE🞐 nie dotyczy (w przypadku osób samotnie wychowujących dziecko/dzieci) |   |
| Zamieszkuję w gminie, w której nie funkcjonuje żłobek, oddział żłobkowy lub klub dziecięcy (weryfikacja na podstawie wykazu żłobków/klubów dziennych/dziennych prowadzonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki) | 🞐 TAK🞐 NIE |   |
| Dziecko które ma być objęte wsparciem w ramach niniejszego projektu wskazane w części I formularza otrzymało wsparcie w ramach projektów współfinansowanych z EFS, w ramach Podziałania 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3 | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Rodzina, która do tej pory nie otrzymywała wsparcia w ramach poddziałania 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3 | 🞐 TAK🞐 NIE |  |
| Łączna liczba przyznanych punktów |  |
|  Podpis osoby weryfikującej formularz………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA SKORZYSTANIA Z WYBRANEJ FORMY WSPARCIA** |
| 🞐 żłobek (refundacja pobytu dziecka w żłobku do wysokości 800 zł miesięcznie) ( w tym opłata wpisowa)🞐 niania (refundacja wynagrodzenia dla niani do wysokości 800 zł miesięcznie, w tym składek na ubezpieczenia społeczne niani, które opłaca rodzic zgodnie z umową o świadczenie usług oraz zgodnie z Ustawą o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, w tym składki na ubezpieczenie chorobowe niani, o ile rodzice zobowiązali się do opłacania tej składki)🞐 opiekun dzienny (refundacja wynagrodzenia dla opiekuna dziennego do wysokości 600 zł miesięcznie)🞐 klub dziecięcy (refundacja pobytu dziecka w klubie dziecięcym do wysokości 600 zł miesięcznie) |

Opieka nad dzieckiem w powyższych formach wsparcia może być sprawowana do ukończenia roku szkolnego, w którym dziecko ukończy 3 rok życia lub w przypadku gdy niemożliwe lub utrudnione jest objęcie dziecka wychowaniem przedszkolnym – 4 rok życia.

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA SKORZYSTANIA Z WYBRANEJ FORMY WSPARCIA DLA OSÓB NIEZATRUDNIONYCH (Wybrać min. 3)** |
|  🞐 indywidualne doradztwo zawodowe🞐 poradnictwo zawodowe 🞐 poradnictwo psychologiczne 🞐 pośrednictwo pracy🞐 staże 🞐 szkolenia zawodowe………………………………………………………………………………………………………………………… (podać jakie) 🞐 wsparcie specjalisty ds. aktywizacji. |

Szczególna sytuacja rodzinna lub życiowa mogąca mieć wpływ na uczestnictwo w Projekcie (np. długotrwała lub nieuleczalna choroba rodziców dziecka (nie dotyczy sytuacji mieszkaniowej i materialnej):

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

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

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego oświadczam prawdziwość danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym.

Art.297 § 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

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

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata na Uczestnika Projektu

Oświadczenie Kandydata na Uczestnika Projektu

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji RPO WK-P 2014-2020 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) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w klauzuli informacyjnej RODO będącą jednym z załączników do Zasad.

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

*miejscowość, data*

Czytelny podpis Kandydata na Uczestnika Projektu

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Kujawsko- Pomorskiego z siedzibą przy ul. Plac Teatralny 2 87-100 Toruń, adres email: punkt.informacyjny@kujawsko-pomorskie.pl, strona internetowa: [http://bip.kujawsko- pomorskie.pl/](http://bip.kujawsko-pomorskie.pl/) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: iod@kujawsko-pomorskie.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Aktywna Mama, aktywny Tata” nr projektu nr RPKP.08.04.01-04-0038/18, w szczególności w celu rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach RPO WK-P 2014-2020.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikający z:

* art. 125 oraz art. 126 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
* art. 9 ust. 1 pkt 2) oraz art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
1. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Pani/Pana osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta.
2. Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Partnerowi wiodącemu realizującemu projekt – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Janiny Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO, ani przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Zasad rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywna Mama, aktywny Tata”

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis

Oświadczam, iż Kandydat/ka spełnia/nie spełnia\* kryteriów obligatoryjnych udziału w projekcie ………………………………………………

 *Podpis osoby weryfikującej formularz*

*(wypełnia Biuro Projektu)*

\*niepotrzebne skreślić