



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**KANDYDATA/KI NA OPIEKUNA/KĘ OSOBY USAMODZIELNIANEJ**  
**OPUSZCZAJĄCEJ PIECZĘ ZASTĘPCZĄ**

**projekt „Kierunek samodzielność - wsparcie szczecińskiej młodzieży”**  
**nr FEPZ.06.22-IP.01-0014/23**

Formularz prosimy uzupełnić DRUKOWANYMI literami, a w polu wyboru zaznaczyć „X”

<i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie</i>	
Nr identyfikacyjny zgłoszenia:	Data wpływu:

<b>TWOJE DANE</b> <b>(KANDYDAT/KA na OPIEKUNA osoby usamodzielnianej – opuszczającej pieczę zastępczą)</b>	
Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
PESEL	
<b>TWOJE DANE TELEADRESOWE</b>	
Kraj:	POLSKA
Województwo:	ZACHODNIOPOMORSKIE
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon kontaktowy:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail):	

<b>INFORMACJE DODATKOWE</b>	
<p><b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami<sup>1</sup></b> (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</p> <p>* wymagane dołączenie dokumentu poświadczającego niepełnosprawność (np. orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</span></p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <hr/> <p><b>Wskaż potrzeby specjalne</b> (Jeśli masz specjalne potrzeby (np. większa czcionka, kontrast itp.) związane z niepełnosprawnością, które mają znaczenie w niniejszym projekcie napisz nam jak możemy Ci pomóc)</p>
<b>OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI</b>	
<p>Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deklaruję udział w projekcie „Kierunek samodzielność - wsparcie szczecińskiej młodzieży”;</li> <li>2) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie;</li> <li>3) Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa i akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania;</li> <li>4) Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów aplikacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;</li> <li>5) Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą;</li> <li>6) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kierunek samodzielność - wsparcie szczecińskiej młodzieży” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Działania FEPZ.06.22 Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027;</li> <li>7) Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;</li> <li>8) Wyrażam zgodę na weryfikację w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;</li> <li>9) Korzystam z pełni praw publicznych i nie byłem/em prawomocnie skazany/a za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwo skarbowe.</li> </ol>	

.....  
miejsowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/ki do projektu

<sup>1</sup> osoba z niepełnosprawnościami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a także osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

## Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2, art. 14 oraz art. 15 rozporządzenia 2016/679 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Towarzystwo Wspierania Inicjatyw Kulturalno-Społecznych „TWIKS”, z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 90, 70-460 Szczecin, tel. 609 989 943, e-mail: [biuro@twiks.pl](mailto:biuro@twiks.pl).
2. Twoje dane osobowe będą przetwarzane w celu:
  - a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, które są związane z rekrutacją do Projektu „Kierunek samodzielność – wsparcie szczecińskiej młodzieży” - art. 6 ust. 1 lit. c) RODO
  - b) wykonania zadań realizowanych w interesie publicznym przez Administratora, które są związane z rekrutacją do Projektu „Kierunek samodzielność – wsparcie szczecińskiej młodzieży” - art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w zw. z art. 87 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027
  - c) związanych z ważnymi interesami publicznymi, które dotyczą rekrutacją do Projektu „Kierunek samodzielność – wsparcie szczecińskiej młodzieży” - art. 9 ust. 2 lit. g) RODO w zw. ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
3. Odbiorcami Twoich danych osobowych będą wyłącznie podmioty, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa. Dane mogą być też ujawnione podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu. W szczególności, odbiorcą Twoich danych osobowych jest Gmina Miasto Szczecin – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie – Lider projektu.
4. Twoje dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji Projektu „Kierunek samodzielność – wsparcie szczecińskiej młodzieży” oraz przez okres dochodzenia praw lub roszczeń. Po upływie tego okresu Twoje dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych.
5. Posiadasz prawo żądania od Administratora dostępu do Twoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia (w przypadkach przewidzianych przepisami prawa) lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
6. Masz prawo wniesienia skargi na sposób przetwarzania Twoich danych przez administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (<https://uodo.gov.pl/pl/83/155>).
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie uniemożliwi Ci udział w Projekcie „Kierunek samodzielność – wsparcie szczecińskiej młodzieży”.
8. Twoje dane nie będą udostępnione do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej oraz nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

<i>Wypełnia pracownik Biura projektu Partnera</i>		
<b>Kandydat/ka SPEŁNIA kryteria formalne</b>		
<b>Wiek powyżej 18 lat</b>	TAK	NIE
<b>Zamieszkiwanie na terenie województwa zachodniopomorskiego</b>	TAK	NIE
<b>Niekaralność</b>	TAK	NIE
<b>Niefigurowanie w rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym</b>	TAK	NIE

.....  
data

.....  
Czytelny podpis pracownika Partnera  
dokonującego weryfikacji

<i>Wypełnia pracownik Biura projektu Partnera</i>	
<b>Kandydat/ka ZAKWALIFIKOWANY/A do udziału w projekcie / NIE ZAKWALIFIKOWANY/A do udziału w projekcie</b>	<b>Data i podpis:</b>
<b>Kandydatka/kę ustanowiono Opiekunem/ką usamodzielnianej dla:</b>	<b>Imię i nazwisko osoby usamodzielnianej</b>