



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:

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

INFORMACJE DODATKOWE

Jestem osobą z

niepełnosprawnościami¹

(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

* wymagane dołączenie dokumentu poświadczającego niepełnosprawność (np. orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego)

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

Wskaż potrzeby specjalne

(Jeśli masz specjalne potrzeby (np. większa czcionka, kontrast itp.) związane z niepełnosprawnością, które mają znaczenie w niniejszym projekcie napisz nam jak możemy Ci pomóc)

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1) Deklaruję udział w projekcie „Kierunek samodzielność - wsparcie szczecińskiej młodzieży”;
- 2) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie;
- 3) Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania;
- 4) Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów aplikacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
- 5) 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;
- 6) Wyrażam zgodę na weryfikację w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
- 7) Zobowiązuję się do przedstawienia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX (Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu) i XXV (Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) Kodeksu karnego, w art. 189a (Handel ludźmi) i art. 207 (Znęcanie się) Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (podstawa prawna - art. 21 ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich), w sytuacji, gdy w ramach projektu miałbym/miałabym zostać opiekunem/opiekunką usamodzielnienia osoby niepełnoletniej; Zostałem/am poinformowany/a o możliwości otrzymania refundacji kosztów uzyskania ww. zaświadczenia;
- 8) Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
miejsowość, data

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

¹ 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.
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 publicznym, 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>		
Kandydat/ka SPEŁNIA kryteria formalne		
Wiek powyżej 18 lat	TAK	NIE
Zamieszkiwanie na terenie województwa zachodniopomorskiego	TAK	NIE
Niefigurowanie w rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym	TAK	NIE
Niekaralność	TAK	NIE

.....
data

.....
Czytelny podpis pracownika Partnera
dokonującego weryfikacji

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