**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU****„Regionalna Sieć Diagnostyczno-Terapeutyczna”**- projekt realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**CZĘŚĆ A**

(wypełnia uczestnik drukowanymi literami)

Dane uczestnika:

Nazwisko:											Imię:							
Obywatelstwo (zaznaczyć „x”):	<input type="checkbox"/> polskie					<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE					<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec							
PESEL:																		
Ulica:											Nr domu:			Nr mieszkania				
Miejscowość:						Powiat:						Gmina:						
Województwo:											Kod pocztowy:			-				
tel.:						e-mail:												

Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć „x”):

Osoba obcego pochodzenia (osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z krajów trzecich (osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowiec)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej UM WZ w Szczecinie pn.: „Regionalna Sieć Diagnostyczno-Terapeutyczna”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego. Cel szczegółowy: Wspieranie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci. Działanie: 6.22 Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Regionalna Sieć Diagnostyczno- Terapeutyczna”.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie, tzn.:
 - 1) Jestem mieszkańcem województwa zachodniopomorskiego, czyli: *(zaznaczyć właściwe)*
 - mam adres zameldowania lub zamieszkania na terenie województwa zachodniopomorskiego;
 - posiadam status ucznia ¹ szkoły/placówki z terenu województwa zachodniopomorskiego;
 - posiadam zatrudnienie na terenie województwa zachodniopomorskiego ²;
 - 2) Przynależę do następującej grupy odbiorców projektu *(zaznaczyć właściwe)*:
 - kadra pracująca z dzieckiem i rodziną, w tym rodzinami zastępczymi oraz świadcząca usługi w projekcie, tym samym:
 - dołączam zaświadczenie o zatrudnieniu w instytucjach zajmujących się wspieraniem rodziny i świadczeniem usług na rzecz rodziny
 - dzieci i młodzież z pieczy zastępczej, tym samym dołączam *(zaznaczyć właściwe)*:
 - orzeczenie sądu,
 - zaświadczenie o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka, placówce opiekuńczo-wychowawczej wraz z datą umieszczenia, wydane odpowiednio przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej,
 - pisemną informację organizatora pieczy zastępczej o przebywaniu/pobycie dziecka w pieczy zastępczej;
 - rodziny/rodzice zastępczy, tym samym dołączam *(zaznaczyć właściwe)*:
 - orzeczenie sądu,
 - umowę cywilnoprawną (umowę pomiędzy rodziną zastępczą lub prowadzącym rodzinny dom dziecka a starostą),
 - pisemną informację organizatora pieczy zastępczej o posiadaniu statusu rodzica zastępczego;
 - rodzice/opiekunowie prawni i faktyczni dzieci z zaburzeniami rozwoju, zdrowia i zachowania, tym samym *(zaznaczyć właściwe)*:
 - dołączam zaświadczenie od lekarza,
 - dołączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia dziecka/dzieci,
 - oświadczam, że sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi z zaburzeniami rozwoju, zdrowia i zachowania;
 - rodziny adopcyjne, tym samym:
 - oświadczam, że posiadam status rodziny adopcyjnej,
 - kandydaci na rodziców adopcyjnych, tym samym *(zaznaczyć właściwe)*:
 - oświadczam, że rozpocząłem procedurę przysposobienia dziecka,
 - dołączam zaświadczenie ośrodka adopcyjnego poświadczające moją kandydaturę,
 - dołączam świadectwo ukończenia szkolenia dla rodziców adopcyjnych.
3. Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały te będą wykorzystane do celów informacyjnych, sprawozdawczych i promocyjnych.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5. Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu*)

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

¹ zaznaczyć wyłącznie w przypadku posiadania statusu ucznia – weryfikowane na podstawie zaświadczenia ze szkoły/placówki

² dotyczy wyłącznie osób pracujących

KLAUZULA INFORMACYJNA

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Regionalna Sieć Diagnostyczno-Terapeutyczna” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Województwo Zachodniopomorskie mający siedzibę przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 40, 70-421 Szczecin, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym: Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: Zachodniopomorskiej Fundacji Pomocy Rodzinie „Tęcza Serc” z siedzibą ul. Krzysztofa Kolumba 60, 70-234 Szczecin, Powiatowi Wałeckiemu z siedzibą ul. Dąbrowskiego 17, 78-600 Wałcz/Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Wałczu z siedzibą Al. Zdobyców Wału Pomorskiego 54, 78-600 Wałcz, Powiatowi Myśliborskiemu z siedzibą ul. Północna 15, 74-300 Myślibórz/Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Myśliborzu z siedzibą ul. Północna 15, 74-300 Myślibórz, Powiatowi Sławieńskiemu z siedzibą ul. Stefanii Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno/Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie z siedzibą ul. Stefanii Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno, Powiatowi Szczecińskiemu z siedzibą ul. Wacława IV 16, 78-400 Szczecinek/Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku z siedzibą ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyty w ramach FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
 - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
 - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - c) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
4. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Regionalna Sieć Diagnostyczno-Terapeutyczna”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
5. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
7. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
 - a) iod@wup.pl
 - b) abi@wzp.pl
8. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
10. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
11. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
miejscość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

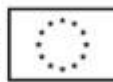
CZĘŚĆ B (wypełnia realizator)					
Imię		Nazwisko		PESEL	
Status uczestnika:					
Kadra pracująca z dzieckiem i rodziną, w tym rodzinami zastępczymi	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	
Dzieci i młodzież z pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	
Rodzic zastępczy	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	
Rodzic/opiekun prawny i faktyczny dziecka z zaburzeniami rozwoju, zdrowia i zachowania	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	
Rodziny adopcyjne lub kandydaci na rodziców adopcyjnych	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	

Potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika projektu:

- Kadra pracująca z dzieckiem i rodziną, w tym rodzinami zastępczymi, zweryfikowano na podstawie:
 - zaświadczenia o zatrudnieniu w instytucjach zajmujących się wspieraniem rodziny i świadczeniem usług na rzecz rodziny.
- Dzieci i młodzież z pieczy zastępczej, zweryfikowano na podstawie:
 - orzeczenia sądu,
 - zaświadczenia o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka, placówce opiekuńczo-wychowawczej wraz z datą umieszczenia, wydane odpowiednio przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej,
 - pisemnej informacji organizatora pieczy zastępczej o przebywaniu/pobycie dziecka w pieczy zastępczej,
 - bazy danych PCPR.
- Rodziny/rodzice zastępczy, zweryfikowano na podstawie:
 - orzeczenia sądu,
 - umowy cywilnoprawnej (umowy pomiędzy rodziną zastępczą lub prowadzącym rodzinny dom dziecka a starostą),
 - pisemnej informacji organizatora pieczy zastępczej o posiadaniu statusu rodzica zastępczego,
 - bazy danych PCPR.
- Rodzice/opiekunowie prawni i faktyczni dzieci z zaburzeniami rozwoju, zdrowia i zachowania, zweryfikowano na podstawie:
 - zaświadczenia od lekarza,
 - orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia dziecka/dzieci,
 - oświadczenia dot. sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi z zaburzeniami rozwoju, zdrowia i zachowania.
- Rodziny adopcyjne, zweryfikowano na podstawie:
 - oświadczenia dot. posiadania statusu rodziny adopcyjnej.
- Kandydaci na rodziców adopcyjnych, zweryfikowano na podstawie:
 - oświadczenia dot. rozpoczęcia procedury przysposobienia dziecka,
 - zaświadczenia ośrodka adopcyjnego poświadczającego kandydaturę,
 - świadectwa ukończenia szkolenia dla rodziców adopcyjnych.

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika projektu.

.....
Data i podpis przedstawiciela realizatora projektu



CZĘŚĆ C (wypełnia realizator)					
Imię		Nazwisko		PESEL	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	-- - - - -		Data zakończenia udziału w projekcie:	-- - - - -	
Rodzaj przyznanego wsparcia:					
<input type="checkbox"/> doradztwo/konsultacje: pomoc psychologiczna	<input type="checkbox"/> doradztwo/konsultacje: doradztwo/pomoc prawna		<input type="checkbox"/> doradztwo/konsultacje: inne		
<input type="checkbox"/> usługa wsparcia rodziny	<input type="checkbox"/> usługa systemu pieczy zastępczej		<input type="checkbox"/> usługa społeczna: krajowe szkolenie/kurs		
<input type="checkbox"/> usługa społeczna: inne					
Charakterystyka przyznanego wsparcia:					
<input type="checkbox"/> Szkolenie kwalifikacyjne	<input type="checkbox"/> Szkolenia specjalistyczne		<input type="checkbox"/> Warsztaty instruktażowe		
<input type="checkbox"/> Superwizja	<input type="checkbox"/> Diagnoza		<input type="checkbox"/> Terapia		
<input type="checkbox"/> Doradztwo grupowe	<input type="checkbox"/> Doradztwo indywidualne		<input type="checkbox"/> Grupa samopomocowa/wsparcia		
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:					
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką wsparcia	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie		
<input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje	<input type="checkbox"/> osoba nabyła kompetencje				
<input type="checkbox"/> sytuacja społeczna osoby uległa poprawie	<input type="checkbox"/> inne				

.....
Podpis przedstawiciela realizatora projektu