



## ANKIETA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU „Szansa dla Ciebie”

1. Ja, niżej podpisana/y ..... deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Szansa dla Ciebie” realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu i trzech Partnerów: Dom Pomocy Społecznej w Jedlance, Dom Pomocy Społecznej w Krzyżanowicach, Dom Pomocy Społecznej w Wierzbicy współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 - 2020 Oś Priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

2. Dane będące podstawą oceny kwalifikowalności osoby do uczestnictwa w projekcie:

	Lp.	Dane
Dane podstawowe	1.	Imię
	2.	Nazwisko
	3.	PESEL
	4.	Data urodzenia
	5.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
Dane kontaktowe	Należy podać adres zamieszkania i telefon, które umożliwią kontakt z osobą w przypadku zakwalifikowania do uczestnictwa w projekcie	
	6.	Ulica
	7.	Nr domu
	8.	Nr lokalu
	9.	Miejscowość
	10.	Obszar <input type="checkbox"/> miejski / <input type="checkbox"/> wiejski
	11.	Kod pocztowy
	12.	Powiat
	13.	Województwo
	14.	Telefon kontaktowy



	15.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)
Dane dodatkowe	16.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: <input type="checkbox"/> jestem zarejestrowana/y w PUP    tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jako osoba bezrobotna/y / <input type="checkbox"/> jako osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> bierna/y zawodowo <input type="checkbox"/> zatrudniona/y <input type="checkbox"/> nie dotyczy (dla osób poniżej 15-go roku życia)
	17.	Wykształcenie <input type="checkbox"/> brak / <input type="checkbox"/> podstawowe / <input type="checkbox"/> gimnazjalne / <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne / <input type="checkbox"/> pomaturalne / <input type="checkbox"/> wyższe
	18.	Edukacja <input type="checkbox"/> uczę się w systemie: <input type="checkbox"/> dziennym / <input type="checkbox"/> zaocznym / <input type="checkbox"/> wieczorowym <input type="checkbox"/> studiuję w systemie: <input type="checkbox"/> dziennym / <input type="checkbox"/> zaocznym / <input type="checkbox"/> wieczorowym <input type="checkbox"/> nie uczę się
	19.	Mam orzeczony stopień niepełnosprawności tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> Jeśli tak, proszę podać: - stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> znaczny / <input type="checkbox"/> umiarkowany / <input type="checkbox"/> lekki - symbol przyczyny niepełnosprawności: ..... - orzeczenie ważne jest: <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo do dnia:..... Posiadam inny dokument równoważny poświadczający niepełnosprawność tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> wydany przez ZUS/inny organ ..... - orzeczenie o: <input type="checkbox"/> całkowitej / <input type="checkbox"/> częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów / <input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji / <input type="checkbox"/> niezdolności do samodzielnej egzystencji - przyczyna niepełnosprawności: ..... - orzeczenie ważne jest: <input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo do dnia:.....
	20.	Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> Pobieram świadczenie z pomocy społecznej - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	21.	Jestem wychowankiem rodzinnej pieczy zastępczej tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>



22.	Korzystam ze wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
23.	Aktywność społeczna: <input type="checkbox"/> biorę udział w spotkaniach różnych grup społecznych (np. kluby, koła zainteresowań /wolontariatu, działaniach lokalnych grup społecznych) <input type="checkbox"/> nie biorę udziału w spotkaniach różnych grup społecznych (np. kluby, koła zainteresowań /wolontariatu, działaniach lokalnych grup społecznych)
24.	Aktywność zawodowa (dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnościami): podejmuję działania podnoszące moje kwalifikacje i kompetencje zawodowe (np. ukończyłem dodatkowe kursy zawodowe): tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
25.	Motywacja do udziału w projekcie: Proszę określić poziom swojej motywacji do aktywnego uczestnictwa w projekcie i podjęcia działań na rzecz swojego rozwoju. Zaznacz odpowiednią cyfrę w skali 1-5, gdzie 1 –oznacza poziom bardzo niski, a 5 -poziom bardzo wysoki 0 - <input type="checkbox"/> 1 - <input type="checkbox"/> 2 - <input type="checkbox"/> 3 - <input type="checkbox"/> 4 - <input type="checkbox"/> 5 - <input type="checkbox"/>

3. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem realizacji projektu pn. „Szansa dla Ciebie” i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

4. Oświadczam, że jestem zainteresowana/y podjęciem zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie „Szansa dla Ciebie” lub w trakcie jego trwania.

tak  / nie  / nie dotyczy

5. Oświadczam, że po zakończeniu udziału w projekcie „Szansa dla Ciebie” zobowiązuje się do aktywnego poszukiwania pracy, w tym rejestracji w PUP.

tak  / nie  / nie dotyczy

6. W związku ze zgłoszeniem chęci uczestnictwa w projekcie „Szansa dla Ciebie” realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu i trzech Partnerów: Dom Pomocy Społecznej w Jedlance, Dom Pomocy Społecznej w Krzyżanowicach, Dom Pomocy Społecznej w Wierzbicy współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 - 2020 Oś Priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oświadczam, że w chwili obecnej:

korzystam  / nie korzystam

ze wsparcia w ramach innego projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej.



W przypadku korzystania ze wsparcia w ramach innego projektu należy wskazać tytuł projektu i realizatora projektu.

.....  
.....  
.....

7. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń/informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....  
Data i czytelny podpis Kandydata\*

Data i podpis opiekuna (jeżeli dotyczy) .....

\*w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej lub ubezwłasnowolnionej ankieta powinna zostać podpisana przez jej opiekuna.

Podpis pracownika PCPR przyjmującego ankietę.....

W związku z faktem, że jestem zainteresowana/-y uczestnictwem w projekcie „Szansa dla Ciebie” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.) dla celów rekrutacji uczestników do Projektu.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- moje dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do Projektu,
- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom uprawnionym do kontroli prawidłowości realizacji Projektu,
- mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania

.....  
Data i czytelny podpis

Data i podpis opiekuna (jeżeli dotyczy) .....



KLAUZULA INFORMACYJNA  
O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ankiety zgłoszeniowej jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu, ul. Mazowieckiego 7, 26-600 Radom.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu lub w sprawie przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu [kontakt.iod@gmail.com](mailto:kontakt.iod@gmail.com).
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor PCPR - przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z realizacją projektu „Szansa dla Ciebie” oraz wynikających z innych przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w umowie o dofinansowanie projektu i przepisach powszechnie obowiązującego prawa.
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego –Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym dla celów procesu rekrutacji i otrzymania wsparcia w ramach projektu „Szansa dla Ciebie”.
8. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

.....  
Data i czytelny podpis

Data i podpis opiekuna (jeżeli dotyczy) .....



**Weryfikacja kwalifikowalności Kandydata do udziału w projekcie**  
*Wypełnia pracownik prowadzący rekrutację Kandydata*

Potwierdzam, że Pan/i.....

spełnia kryteria rekrutacji ustalone przez Realizatora Projektu „Szansa dla Ciebie” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, tj.:

1. Kryteria rekrutacji dla wychowanków rodzinnej pieczy zastępczej:

a. obowiązkowe:

- osoba przebywająca w rodzinnej pieczy zastępczej – 0 – 1 pkt,
- wiek 15 lat i powyżej (dla Grupy I) – 0 -1 pkt,
- wiek poniżej 15 lat (dla Grupy II) – 0 – 1 pkt,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu radomskiego – 0 – 1 pkt.

b. dodatkowe:

- osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ – 5 pkt,
- aktywność społeczna – 0-5 pkt (wysoka – 0 pkt, niska – 5 pkt),
- motywacja do udziału w projekcie – 0 – 5 pkt (niska – 0 pkt, wysoka – 5 pkt).

Ilość uzyskanych punktów: .....

nie dotyczy

2. Kryteria rekrutacji dla osób z niepełnosprawnościami:

a. obowiązkowe:

- osoba posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – 0 – 1 pkt,
- wiek 18-60 lat K/18-65 lat M – 0 -1 pkt,
- zamieszkiwanie na terenie powiatu radomskiego – 0 – 1 pkt.

b. dodatkowe:

- osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ – 5 pkt,
- osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 5 pkt,
- osoby z niepełnosprawnością sprzężoną – 5 pkt,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną – 5 pkt,
- status na rynku pracy – zatrudniona/-y – 0 pkt, zarejestrowana/-y w PUP jako osoba bezrobotna/poszukująca pracy – 3 pkt, bierna/-y zawodowo – 5 pkt,
- wykształcenie – wyższe – 0 pkt, pomaturalne – 1 pkt, ponadgimnazjalne – 2 pkt, gimnazjalne – 3 pkt, podstawowe – 4 pkt, brak – 5 pkt,
- aktywność społeczna – 0-5 pkt (tak – 0 pkt, nie – 5 pkt),
- aktywność zawodowa – 0-5 pkt (tak – 0 pkt, nie – 5 pkt),
- motywacja do udziału w projekcie – 0 – 5 pkt (niska – 0 pkt, wysoka – 5 pkt).

Ilość uzyskanych punktów: .....

nie dotyczy

.....  
(Data i podpis pracownika prowadzącego rekrutację)



### Kwalifikacja Uczestnika do Projektu

Stwierdza się, że Pani/Pan ..... spełnia warunki do udziału w Projekcie „Szansa dla Ciebie” i proponuje się umieszczenie Kandydata na:

liście podstawowej\* / liście rezerwowej\* Uczestników Projektu .

Podpisy osób kwalifikujących Uczestnika:

1. Koordynator Projektu .....
2. Z-ca Koordynatora Projektu .....
3. Pracownik prowadzący rekrutację .....

Zatwierdzam:

.....  
(Data i podpis Dyrektora PCPR )

\*Niepotrzebne skreślić