

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Aktywni na 6 z plusem”

<b>Tytuł projektu</b>	<b>„Aktywni na 6 z plusem”</b>
<b>Konkurs PFRON</b>	<b>„Możemy więcej”</b>
<b>Beneficjent</b>	<b>Fundacja FLOW</b>

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA oraz ZAZNACZYĆ odpowiedni kwadrat

DANE KANDYDATA/TKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU										
<b>Imię (imiona) i nazwisko</b>										
<b>Pesel</b>										
<b>Data urodzenia</b>					<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				
ADRES ZAMIESZKANIA (adres zamieszkania wg Kodeksu cywilnego <sup>1</sup> )										
<b>Ulica</b>				<b>Nr domu</b>			<b>Nr lokalu</b>			
<b>Kod pocztowy</b>				<b>Miejscowość</b>						
<b>Województwo</b>				<b>Powiat</b>						
<b>Gmina</b>				<b>Tel. kontaktowy</b>						
<b>Adres e-mail</b>										

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

<b>STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> (Proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	
<p>Oświadczam, że jestem <b>osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</b><sup>2</sup> (należy dołączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów) (dane wrażliwe)</p> <p><input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji      <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji</p>	<p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez pracy:</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo:</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy<sup>3</sup>;</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną</p>	<p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Oświadczam, że jestem <b>osobą wykluczoną społecznie</b> (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (dane wrażliwe)<sup>4</sup>:</p> <p><input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji      <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji</p>	<p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Oświadczam, że jestem osobą której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą 776,00 zł lub na osobę w rodzinie 600,00 zł/osobę), o którym mowa w ustawie z dn.12.03.2004r. o pomocy społecznej (dane wrażliwe):</p> <p><input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na podanie informacji      <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji</p>	<p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Oświadczam, że <u>NIE JESTEM</u> osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Proszę podać zakres tematyczny lub własną propozycję szkolenia zawodowego (z jakiej tematyki, zakresu)</p>	<p>.....</p>

<sup>2</sup> O których mowa w art.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981, z 2002 r. poz. 558, 1700, 1812. z późn. zm.).

<sup>3</sup> W przypadku osób zarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status.

<sup>4</sup> Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji Kandydatka/cki do projektu oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

**Oświadczam, iż:**

- Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie **„Aktywni na 6 z plusem”** współfinansowanym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu – Zadania Zlecone „Możemy więcej” realizowanym przez **Fundację Flow**, ul. Szewska 6, 20-086 Lublin, NIP 712-339-41-06
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu – **Fundacja Flow**, ul. ul. Szewska 6, 20-086 Lublin, o zmianach danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Możemy więcej”
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania,
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/o dzieło lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie lub dokumentacji potwierdzającej założenie i prowadzenie działalności gospodarczej, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie, jak i po ukończeniu udziału w projekcie,
- Deklaruję uczestnictwo w całym wsparciu w ramach ww. projektu, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie informuję o tym fakcie Organizatora Projektu,
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość....., dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna  
prawnego

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez: Fundacja FLOW, ul. Szewska 6, 20-086 Lublin, NIP 712-339-41-06, w celu uczestnictwa w projekcie „Aktywni na 6 z plusem”.

1. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
(data i podpis)

## WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

### 1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywni na 6 z plusem” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
  - a. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Aleja Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
- 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
  - a. udzielenia wsparcia beneficjentom ostatecznym z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
  - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia beneficjentom ostatecznym, ewaluacji, monitoringu, kontroli,

audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 1.

**4)** Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

a. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Aleja Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

b. Beneficjentowi realizującemu projekt – **Fundacja Flow**, ul. Szewska 6, 20-086 Lublin.

**5)** Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

**6)** Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: Aleja Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

**7)** Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**8)** Mam prawo dostępu do treści swoich danych.

**9)** Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.

**10)** Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.

**11)** Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

**12)** Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Miejscowość....., dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna  
prawnego

## DEFINICJE:

**Osoba bierna zawodowo** – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.:

- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące,
- dzieci i młodzież do 18 r.ż. pobierający naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących,
- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą.

**Osoba bezrobotna** – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia wszystkie osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajową definicją, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów wskazanych wyżej. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać również jako osoby bezrobotne. Osoby aktywnie poszukujące zatrudnienia to osoby zarejestrowane w urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy lub niezarejestrowane, lecz spełniające powyższe przesłanki, tj. gotowość do podjęcia pracy i aktywne poszukiwanie zatrudnienia.

**Osoba długotrwale bezrobotna** – osoba pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.

**Osoba pozostająca bez pracy** – osoba pozostająca bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby niezarejestrowane w urzędzie pracy, jak również osoby zarejestrowane jako osoby bezrobotne w ewidencji urzędu pracy, zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Status na rynku pracy określany jest w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w Projekcie.

**Osoba z niepełnosprawnością** – osoby z niepełnosprawnością w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981, z 2022 r. poz. 558, 1700, 1812. z późn. zm.).

**Wymagane załączniki:**

1. **Zaświadczenie** z Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej w przypadku osoby zarejestrowanej w Urzędzie Pracy;
2. **Podpisany Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;**
3. **Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów);**
4. **Oświadczenie o przesłankach wykluczenia społecznego;**
5. **Formularz usprawnień;**
6. **Oświadczenie, że nie jestem osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego)**

## OŚWIADCZENIE W RAMACH PROJEKTU „Aktywni na 6 z plusem”

Oświadczam, że NIE JESTEM osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego)

Miejscowość....., dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna  
prawnego



## OŚWIADCZENIE O PRZESŁANKACH WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO W RAMACH PROJEKTU „Aktywni na 6 z plusem”

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą doświadczającą **wykluczenia społecznego** z powodu przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj.\*:

Proszę zaznaczyć, do której z minimum dwóch grup Pan/Pani należy:

osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu:

- ubóstwa;
- sieroctwa;
- bezdomności;
- bezrobocia;
- niepełnosprawności;
- długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- przemocy domowej;
- potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- alkoholizmu lub narkomanii;
- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; klęski żywiołowej lub ekologicznej.

osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (odpowiedź dotyczącą mojej osoby podkreślam);

- bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- uzależnioną od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;

- uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
  - chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
  - bezrobotną, w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, pozostających bez pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy;
  - zwalnianą z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
  - uchodzącą, realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- 
- osobą z niepełnosprawnością;
  - osoby bierne zawodowo;
  - osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
  - członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
  - osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
  - osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;
  - osoby w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością;
  - osoby odbywające kary pozbawienia wolności, objęte nadzorem elektronicznym;
  - osoby korzystające z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościowa 2021-2027 (FE PŻ).

Miejscowość....., dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna  
prawnego

\*właściwie zaznaczyć

**FORMULARZ USPRAWNIEŃ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** w ramach projektu  
**„Aktywni na 6 z plusem”**

Celem ankiety jest dostosowanie wsparcia do potrzeb Kandydata/cki do projektu (osób z niepełnosprawnościami). W projekcie istnieje możliwość skorzystania z usług dostępnych takich jak tłumacz języka migowego, asystent osoby z niepełnosprawnością, materiały szkoleniowe w formie dostępnej (np. elektronicznej z możliwością powiększenia druku lub odwrócenia kontrastu) lub inne w zależności od potrzeb osób zgłaszających.

Ankietę uzupełniają **wszyscy Kandydaci/cki z niepełnosprawnościami** na Beneficjentów Ostatecznych w projekcie **„Aktywni na 6 z plusem”**

Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie „Aktywni na 6 z plusem” będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź **tak** lub **nie**

- |   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| materiały szkoleniowe w formie dostępnej (np. elektronicznej z możliwością powiększenia druku lub odwrócenia kontrastu) | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |
| przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowej   | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |
| zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie  | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |
| zapewnienie tłumacza migowego   | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |
| specjalne wyżywienie  | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |
| inne usprawnienia i potrzeby w zależności od potrzeb osób zgłaszających   | <input type="checkbox"/> <b>tak</b> | <input type="checkbox"/> <b>nie</b> |

Jeśli na któreś z powyższych punktów zaznaczono odpowiedź „**tak**” proszę o dokładne wskazanie potrzeb dodatkowego usprawnienia w ramach realizacji projektu „Aktywni na 6 z plusem”

.....  
.....

Miejscowość....., dnia .....

Czytelny podpis Kandydata/ki /Opiekuna  
prawnego