



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt pt. „Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów”, nr FESW.09.05-IZ.00-0009/23 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, realizowany przez Gminę Łagów/Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łagowie w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027

| Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz: |       |
|---|-------|
| Data przyjęcia Formularza:                                    |       |
| Numer Formularza:   | ..... |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz:                          |       |

### UWAGA

**Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól.**

**Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie**

*(nie należy łączyć sposobów wypełnienia formularza).*

**W przypadku odręcznego wypełnienia prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI**

**literami oraz niebieskim długopisem (czytelnie).**

**Formularz należy podpisać (niebieski długopis).**

**W imieniu osoby, która nie ukończyła 18 roku życia formularz jest uzupełniany i podpisany przez rodzica/opiekuna prawnego.**

Czy potrzebuje Pan/i zapewnienia tłumacza migowego?

tak  nie

Czy potrzebuje Pan/i zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką?

tak  nie

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów”

projekt realizowany przez Gminę Łagów oraz Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łagowie na terenie gminy Łagów w ramach Priorytetu FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej.

Numer wniosku: FESW.09.05-IZ.00-001/23

|  |  |   |                                    |                              |            |
|--|--|---|------------------------------------|------------------------------|------------|
| <b>Tytuł projektu</b>                                      |  | <b>Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów</b>       |                                    |                              |            |
| <b>Oś Priorytetowa</b>                                     |  | FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne           |                                    |                              |            |
| <b>Działanie</b>   |  | FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej |                                    |                              |            |
| <b>Nr projektu</b>   |  | FESW.09.05- IZ.00-001/23                          |                                    |                              |            |
| <b>Termin realizacji projektu</b>                          |  | od  | 01.02.2024                         | do                           | 31.01.2026 |
| <b>Dane kandydata zgłaszanego do projektu</b>              |  |   |                                    |                              |            |
| Imię   |  |   |                                    |                              |            |
| Nazwisko   |  |   |                                    |                              |            |
| Data urodzenia   |  |   |                                    |                              |            |
| Płeć   | <input type="checkbox"/> Kobieta   |   | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |                              |            |
| Wiek   |  |   |                                    |                              |            |
| Adres poczty elektronicznej                                |  |   |                                    |                              |            |
| Tel. Kontaktowy  |  |   |                                    |                              |            |
| Zakres oczekiwanego wsparcia                               | <input type="checkbox"/> Indywidualne wsparcie psychologa w zakresie problemów psychologicznych, rodzinnych i społecznych            |   |                                    |                              |            |
| <b>Adres zamieszkania:</b>                                 |  |   |                                    |                              |            |
| Miejscowość  |  | Kod pocztowy                                      |                                    |                              |            |
| Gmina  |  | Powiat  |                                    |                              |            |
| Województwo  |  | Kraj  |                                    |                              |            |
| <b>Informacje dodatkowe</b>                                |  |   |                                    |                              |            |
| Czy osoba zgłasza specjalne potrzeby? Jeśli tak to jakie ? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie<br>Jakie?.....   |   |                                    |                              |            |
| <b>Kryteria rekrutacji do projektu</b>                     |  |   |                                    |                              |            |
| <b>Kryteria rekrutacji</b>                                 | <b>Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie</b> |   |                                    |                              |            |
| <b>Kryterium dostępu</b>                                   | <b>Rodzic mieszka na terenie gminy Łagów</b>   | <input type="checkbox"/> Tak                      |                                    | <input type="checkbox"/> Nie |            |
| <b>Kryteria premiujące</b>                                 | <b>I. Rodzic dziecka jest osobą z niepełnosprawnością</b><br><i>źródło weryfikacji: orzeczenie o niepełnosprawności</i>              | <input type="checkbox"/> Tak                      |                                    | <input type="checkbox"/> Nie |            |
|  | <b>II. Rodzic samotnie wychowujący dziecko</b><br><i>źródło weryfikacji: oświadczenie</i>  | <input type="checkbox"/> Tak                      |                                    | <input type="checkbox"/> Nie |            |
|  | <b>III. Rodzic dziecka z rodziny wielodzietnej</b><br><i>źródło weryfikacji: oświadczenie</i>  | <input type="checkbox"/> Tak                      |                                    | <input type="checkbox"/> Nie |            |
|  | ..... Liczba punktów <sup>1</sup>  |   |                                    |                              |            |

1. Ja niżej podpisany/a zgłaszam uczestnictwo w/w dziecka w projekcie „**Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów**”, realizowanym przez Gminę Łagów/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łagowie.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu i spełniam określone w nim kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
3. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody**<sup>2</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do projektu pn.: „**Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów**”.

<sup>1</sup> Wypełnia Komisja rekrutacyjna

<sup>2</sup> niepotrzebne skreślić

**„Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów”**



realizowanym przez Gminę Łagów i Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Rynek 62, 26-025 Łagów (administratora danych osobowych).

5. Jestem świadomy/a faktu, że:
- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w postępowaniu rekrutacyjnym,
  - odmowa zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest równoznaczna z brakiem rozpatrywania zgłoszenia kandydata do projektu,
  - dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody,
  - dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji do projektu,
  - dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji procesu rekrutacji do projektu oraz przez okres przechowania tego typu dokumentacji, który wynika z odrębnych przepisów,
  - odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi administrator zawrze stosowne umowy w zakresie realizacji usług zewnętrznych wiążących się z przetwarzaniem danych osobowych,
  - posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
  - posiada Pani/Pan prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych osobowych; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych w oparciu o tę podstawę, które nastąpiło przed jej wycofaniem; wycofanie zgody musi mieć formę pisemną.
  - przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
6. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**„Wsparcie rodzin z terenu gminy Łagów”**

projekt realizowany przez Gminę Łagów oraz Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łagowie na terenie gminy Łagów w ramach Priorytetu FESW.09.00 Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie FESW.09.05 Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej.

Numer wniosku: FESW.09.05-IZ.00-001/23