

**Formularz rekrutacyjny
dla Kandydatów na Uczestników Projektu
Aktywna Mama, aktywny Tata**

TYTUŁ PROJEKTU	„Aktywna Mama, aktywny Tata”
Nr PROJEKTU	RPKP.08.04.01-04-0038/18

Wypełnia Biuro Projektu:

Numer Uczestnika Projektu	
---------------------------	--

Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego proszę zapoznać się z Zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywna Mama, aktywny Tata”

Z Projektu mogą skorzystać osoby fizyczne, które dotąd nie otrzymały wsparcia w ramach projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 8.4.1 obejmującego pokrycie kosztów związanych z bieżącym świadczeniem usług opieki nad danym dzieckiem.

Koszty związane z refundowaniem usług opieki nad dziećmi do lat 3 nie będą przeznaczone na miejsca opieki nad dzieckiem utworzone i finansowane z EFS w ramach realizacji projektów z Poddziałania 8.4.1 Wsparcie zatrudnienia osób pełniących funkcje opiekuńcze, 8.4.2 Rozwój usług opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 lub 8.4.3 Rozwój usług opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w ramach ZIT.

Łączne finansowanie bieżącej opieki nad dzieckiem do lat 3 ze środków EFS oraz rządowego programu „MALUCH+” nie może przekroczyć kosztów opieki nad dzieckiem

*wszelkie dodatkowe informacje udzielane są w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń, tel. 501 604 167 lub 56 657 14 70, email: aktywni_mamatata@rops.torun.pl

**w przypadku osób z niepełnosprawnością uniemożliwiającą wypełnienie formularza prosimy o kontakt: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń, tel. 501 604 167 lub 56 657 14 70 wew. 21 11, email: aktywni_mamatata@rops.torun.pl

***Pola oznaczone szarym kolorem wypełnia Biuro Projektu

Instrukcja wypełniania formularza rekrutacyjnego:

1. Formularz musi być wypełniony czytelnie w języku polskim (elektronicznie lub odręcznie DRUKOWANYMI literami) oraz wydrukowany i podpisany czytelnie w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Formularz musi być kompletny, tj.:
 - a. musi zawierać wszystkie strony,
 - b. każde pole formularza musi być wypełnione,
 - c. nie należy usuwać jakiegokolwiek treści niniejszego dokumentu
 - d. w pytaniach zamkniętych wybraną odpowiedź zaznaczyć znakiem „X”.

Lp.	Nazwa	DANE KANDYDATA/TKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU (drukowanymi literami)	
1.	Imię/Imiona		
2.	Nazwisko		
3.	PESEL		
4.	Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL		
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
Adres zamieszkania			
6.	ulica, numer budynku, numer lokalu, miejscowość	Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
7.	Powiat		
8.	Gmina		
9.	Kod pocztowy, miejscowość	_____ - _____	
10.	Telefon kontaktowy		
11.	Adres e-mail (obligatoryjny-obowiązkowy)		
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż wskazany powyżej)			
12.	(ulica, numer budynku, numer lokalu, miejscowość)	Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
13.	Powiat		
14.	Gmina		
15.	Kod pocztowy, miejscowość	_____ - _____	
16.	Rodzaj Uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny	<input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu

17.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro-, małym- średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
		Wykonywany zawód	
		Nazwa zakładu pracy i adres	
18.	Status osoby w chwili przystąpienia do Projektu	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	

Część I					
Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi od ukończenia przez nie 20 tyg. życia do lat 3 (bycie rodzicem lub opiekunem prawnym)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
Informacje dotyczące dzieci poniżej 3 roku życia, nad którymi osoba sprawuje opiekę (można podać kilka dat) Proszę zaznaczyć znakiem „X” w ostatniej rubryce tabeli, którego dziecka wsparcie w ramach Projektu ma dotyczyć, wsparcie może dotyczyć więcej niż 1 dziecka	Imię i nazwisko dziecka	Data/daty urodzenia:			
		Dzień	Miesiąc	Rok	X

Status osoby na rynku pracy (można zaznaczyć jedną lub kilka opcji)	Jestem osobą fizyczną:																	
	<input type="checkbox"/> pracującą <input type="checkbox"/> na urlopie macierzyńskim (w tym zasiłek z ZUS z tytułu zawieszonyj działalności gospodarczej) <input type="checkbox"/> na urlopie rodzicielskim (w tym na zasiłku z ZUS/KRUS z tytułu zawieszonyj działalności gospodarczej) <input type="checkbox"/> na urlopie wychowawczym	<input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> bezrobotną, przebywającą na zasiłku macierzyńskim/rodzicielskim z ZUS/KRUS																
Deklarowana data powrotu na rynek pracy (dotyczy osób przebywających na zasiłku macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">dzień</td><td colspan="2">miesiąc</td><td colspan="4">rok</td> </tr> </table>										dzień		miesiąc		rok			
dzień		miesiąc		rok														
Data rozpoczęcia opieki nad dzieckiem (żłobek, niania, klub dziecięcy, dzienny opiekun)	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">dzień</td><td colspan="2">miesiąc</td><td colspan="4">rok</td> </tr> </table>										dzień		miesiąc		rok			
dzień		miesiąc		rok														
Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego	<input type="checkbox"/> mieszkam <input type="checkbox"/> pracuję <input type="checkbox"/> uczę się																	
Otrzymałam/em już wsparcie w ramach projektu współfinansowanego z EFS w ramach poddziałania 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3 obejmującego pokrycie kosztów związanych z bieżącymi świadczeniami usług opieki nad danym dzieckiem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																	
Żłobek/klub dziecięcy/dzienny opiekun, gdzie będzie przebywało dziecko do lat 3 otrzymują dofinansowanie w ramach programu „Maluch+” (weryfikacja na podstawie wykazu żłobków/klubów dziennych/dziennych prowadzonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki na dzień 1 maja 2019 r.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																	

CZĘŚĆ II		Przyznana liczba punktów
Samotnie wychowuję dziecko/dzieci	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	



Jestem zarejestrowana/ny w PUP jako bezrobotna/bezrobotny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Korzystam z pomocy społecznej z powodu znajdowania się w trudnej sytuacji życiowej i materialnej w 2019 r., (od 01.01.2019 r., nie dotyczy świadczeń rodzinnych oraz wychowawczych – 500Plus)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Posiadam wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe	
Posiadam doświadczenie zawodowe poniżej 6 miesięcy stażu pracy (z wszystkich zatrudnień)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Posiadam dzieci (liczba dzieci)	<input type="checkbox"/> dwoje <input type="checkbox"/> troje <input type="checkbox"/> czworo i więcej	
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dziecko, którego ma dotyczyć wsparcie posiada orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Niepełnosprawność innego dziecka w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Niepełnosprawność drugiego z rodziców	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Małżonek/małżonka jest osobą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nie dotyczy (w przypadku osób samotnie wychowujących dziecko/dzieci)	
Zamieszkuję w gminie, w której nie funkcjonuje żłobek, oddział żłobkowy lub klub dziecięcy (weryfikacja na podstawie wykazu żłobków/klubów dziennych/dziennych prowadzonego przez Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dziecko które ma być objęte wsparciem w ramach niniejszego projektu wskazane w części I formularza otrzymało wsparcie w ramach projektów współfinansowanych z EFS, w ramach Poddziałania 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Rodzina, która do tej pory nie otrzymywała wsparcia w ramach poddziałania 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Łączna liczba przyznanych punktów		
Podpis osoby weryfikującej formularz.....		

DEKLARACJA SKORZYSTANIA Z WYBRANEJ FORMY WSPARCIA

- żłobek (refundacja pobytu dziecka w żłobku do wysokości 800 zł miesięcznie) (w tym opłata wpisowa)
- niania (refundacja wynagrodzenia dla niani do wysokości 800 zł miesięcznie, w tym składek na ubezpieczenia społeczne niani, które opłaca rodzic zgodnie z umową o świadczenie usług oraz zgodnie z Ustawą o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, w tym składki na ubezpieczenie chorobowe niani, o ile rodzice zobowiązali się do opłacania tej składki)
- opiekun dzienny (refundacja wynagrodzenia dla opiekuna dziennego do wysokości 600 zł miesięcznie)
- klub dziecięcy (refundacja pobytu dziecka w klubie dziecięcym do wysokości 600 zł miesięcznie)

Opieka nad dzieckiem w powyższych formach wsparcia może być sprawowana do ukończenia roku szkolnego, w którym dziecko ukończy 3 rok życia lub w przypadku gdy niemożliwe lub utrudnione jest objęcie dziecka wychowaniem przedszkolnym – 4 rok życia.

DEKLARACJA SKORZYSTANIA Z WYBRANEJ FORMY WSPARCIA DLA OSÓB NIEZATRUDNIONYCH (Wybrać min. 3)

- indywidualne doradztwo zawodowe
- poradnictwo zawodowe
- poradnictwo psychologiczne
- pośrednictwo pracy
- staże
- szkolenia zawodowe..... (podać jakie)
- wsparcie specjalisty ds. aktywizacji.

Szczególna sytuacja rodzinna lub życiowa mogąca mieć wpływ na uczestnictwo w Projekcie (np. długotrwała lub nieuleczalna choroba rodziców dziecka (nie dotyczy sytuacji mieszkaniowej i materialnej):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego oświadczam prawdziwość danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym.

Art.297 § 1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata na Uczestnika Projektu

Oświadczenie Kandydata na Uczestnika Projektu

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji RPO WK-P 2014-2020 zgodnie z Rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w klauzuli informacyjnej RODO będącą jednym z załączników do Zasad.

.....
miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata na Uczestnika Projektu

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego z siedzibą przy ul. Plac Teatralny 2 87-100 Toruń, adres email: punkt.informacyjny@kujawsko-pomorskie.pl, strona internetowa: <http://bip.kujawsko-pomorskie.pl/> oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: iod@kujawsko-pomorskie.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Aktywna Mama, aktywny Tata” nr projektu nr RPKP.08.04.01-04-0038/18, w szczególności w celu rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach RPO WK-P 2014-2020.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikający z:

- art. 125 oraz art. 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - art. 9 ust. 1 pkt 2) oraz art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Pani/Pana osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta.
 - 5) Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Partnerowi wiodącemu realizującemu projekt – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Janiny



Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń.

- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 9) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO, ani przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Zasad rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywna Mama, aktywny Tata”

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis

Oświadczam, iż Kandydat/ka spełnia/nie spełnia* kryteriów obligatoryjnych udziału w projekcie

.....
Podpis osoby weryfikującej formularz

*niepotrzebne skreślić