

**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