

Załącznik nr 1 do regulaminu Część 1: Formularz zgłoszeniowy

[prosimy o czytelne wypełnianie, najlepiej wielkimi literami]

Imię i nazwisko:	
Pesel:	<input type="checkbox"/> Nie posiadam numeru PESEL
Data i miejsce urodzenia:	
Adres zamieszkania (ulica i kod pocztowy):	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Data ostatniej miesiączki:	
Przewidywalny termin porodu	
Wiek ciążowy	

We wsparciu w ramach projektu chcę uczestniczyć wraz z osobą towarzyszącą:

- Tak
 Nie

Prosimy o zaznaczenie, czy należy Pani/Pan do jednej z poniższych grup:

- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej;
 osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (przepisy ustawy stosuje się w szczególności do bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej),
 osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą;
 osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;
 osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii;
 osoby z niepełnosprawnością;
 osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
 osoby niesamodzielne;
 osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;
 osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
 osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
 nie należę do żadnej z powyższych grup.

Prosimy o zaznaczenie, czy któreś z poniższych sytuacji Panią dotyczy? [nie dotyczy personelu medycznego]

- wystąpiły w poprzedniej ciąży aberracje chromosomowe płodu lub dziecka,
 stwierdzono wystąpienie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka,
 stwierdzono znacznie większe ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo,
 stwierdzono w czasie ciąży nieprawidłowy wynik badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Data i czytelny podpis:

1. Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych informacji.

Data i czytelny podpis:

2. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem projektu oraz akceptuję jego treść i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Data i czytelny podpis:

3. [nie dotyczy personelu medycznego]
 Oświadczam, że nie jestem objęta tożsamym wsparciem finansowanym w ramach innego projektu lub zadania finansowanego ze środków publicznych, w szczególności nie spełniam kryteriów do objęcia mnie badaniami prenatalnymi w ramach Programu Badań Prenatalnych finansowanych przez NFZ.

Data i czytelny podpis:

4. [nie dotyczy personelu medycznego]
 Oświadczam, że nie spełniam kryteriów do objęcia mnie badaniami prenatalnymi w ramach Programu Badań Prenatalnych finansowanych przez NFZ, tj. wiek jest poniżej 35 roku życia w dniu podpisywania niniejszego dokumentu, nie wystąpiły w poprzedniej ciąży aberracje chromosomowe płodu lub dziecka, nie stwierdzono wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, nie stwierdzono znacznego większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo, nie stwierdzono w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Data i czytelny podpis:

5. Oświadczam, że:
- mam świadomość, że niedopełnianie przeze mnie obowiązków określonych Regulaminem Projektu a w szczególności obowiązków wyszczególnionych powyżej jest równoznaczne z wykluczeniem mnie z udziału w Projekcie a tym samym obowiązkiem zwrotu przeze mnie pełnego kosztu realizacji wsparcia udzielonego mi do chwili wykluczenia /
 - mam świadomość że w przypadku rezygnacji przeze mnie z udziału w projekcie z przyczyn losowych (niezależnych ode mnie) mam obowiązek niezwłocznie powiadomić o tym Biuro Projektu oraz udokumentować zaistnienie powołanych przyczyn losowych
 - mam świadomość, iż w przypadku skreślenia mnie przez Beneficjenta z listy Uczestników Projektu w związku z naruszeniem przeze mnie Regulaminu Projektu oraz/lub zasad współżycia społecznego mam obowiązek zwrotu pełnego kosztu realizacji wsparcia udzielonego mi do chwili skreślenia.

Data i czytelny podpis:

6. Oświadczam, że:
- w przypadku skreślenia mnie z udziału w Projekcie „Świadoma matka – zdrowe dziecko” w trakcie jego trwania **dokonać w terminie 7 dni po skreśleniu zwrotu wszystkich kosztów wsparcia** związanych z uczestnictwem przeze mnie w w/w projekcie (szacowany pełny koszt uczestnictwa w Projekcie może być ustalony dopiero po podliczeniu wszystkich kosztów zrealizowanych konsultacji i/lub badań, szkoleń)
 - w przypadku bezpodstawnej rezygnacji przeze mnie z uczestnictwa w projekcie „Świadoma matka – zdrowe dziecko” w trakcie jego trwania, **dokonać w terminie 7 dni po rezygnacji zwrotu wszystkich kosztów wsparcia** związanych z uczestnictwem przeze mnie w w/w projekcie (szacowany pełny koszt uczestnictwa w Projekcie może być ustalony dopiero po podliczeniu wszystkich kosztów zrealizowanych konsultacji i/lub badań, szkoleń)
 - w przypadku skreślenia mnie z listy Uczestników Projektu w związku z naruszeniem przeze mnie Regulaminu Projektu oraz/lub zasad współżycia **dokonać w terminie 7 dni po skreśleniu zwrotu wszystkich kosztów wsparcia** związanych z uczestnictwem przeze mnie w w/w projekcie (szacowany pełny koszt uczestnictwa w Projekcie może być ustalony dopiero po podliczeniu wszystkich kosztów zrealizowanych konsultacji i/lub badań, szkoleń).

Data i czytelny podpis:

Załącznik nr 1 do regulaminu cd. Część 2: Dane do PEFS:

Wyszktałenie:

- Niższe niż podstawowe (ISCED 0)
- Podstawowe (ISCED 1)
- Gimnazjalne (ISCED 2)
- Ponadgimnazjalne (ISCED 3)
- Policealne (ISCED 4)
- Wyższe (ISCED 5-8)

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - o W tym długotrwale bezrobotna
 - o Inne
- Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - o W tym długotrwale bezrobotna
 - o Inne
- Osoba bierna zawodowo
 - o W tym osoba ucząca się
 - o W tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 - o Inne
- Osoba pracująca
 - o W administracji rządowej
 - o W administracji samorządowej
 - o W dużym przedsiębiorstwie
 - o W MMŚP (mikro, małe lub średnie przedsiębiorstwa)
 - o W organizacji pozarządowej
 - o Na własny rachunek (prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową)
 - o Inne

Zatrudniony/a w (nazwa i adres):

Wykonywany zawód:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- Inne

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- Tak
- Nie

Osoba z niepełnosprawnościami

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

- Tak
- Nie

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących - w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

- Tak
- Nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

- Tak
- Nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych informacji.

Data i czytelny podpis:

Załącznik nr 1 do regulaminu cd. Część 3: OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Świadoma matka – zdrowe dziecko” **przyjmuję do wiadomości, iż:**

1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.

2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.

3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:

- udzielenia wsparcia
- potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
- monitoringu
- ewaluacji
- kontroli
- audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
- sprawozdawczości
- rozliczenia projektu
- zachowania trwałości projektu
- archiwizacji.

4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g 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 – dalej: RODO), wynikający z:

a) art. 125 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;

b) 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.

5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Fundacja Godula Hope ul. Główna 11 Pawilon A1 Ruda Śląska 41-711.

6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.

8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.

11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

Udostępnię informację o swojej sytuacji firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

**W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.