***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE** |
| Ulica |  |
| Nr domu/nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| **SYTUACJA ZDROWOTNA** |
| Niepełnosprawność intelektualna | □ TAK □ NIE  |
| Niepełnosprawność z zespołem Downa | □ TAK □ NIE  |
| Stopień niepełnosprawności  | □ LEKKI □ UMIARKOWANY □ ZNACZNY □ GŁĘBOKI |
| Ważność orzeczenia | Orzeczenie ważne do …………………………………. |
| Ubezwłasnowolnienie | □ TAK □ CZĘŚCIOWO □ CAŁKOWICIE □ NIE |
| Opiekun prawny  | □ TAK □ NIE  |
| **SYTUACJA ZAWODOWA** |
| Wykształcenie | □ niepełne podstawowe □ podstawowe □ gimnazjalne□ zawodowe □ inne (jakie?)…………………………… |
| Zatrudniony | □ TAK □ NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktualne/ostatnie miejsce zatrudnienia |  |
| **SYTUACJA SOCJALNA** |
| Źródło dochodu |  |
| Wysokość dochodu netto |  |
| Aktualna sytuacja mieszkaniowa | □ mieszkam samodzielnie□ mieszkam z rodziną□ inne (jakie ……………………………………………………) |
| Standard aktualnego mieszkania | Ogrzewanie □ tak □ nieCiepła woda □ tak □ nie Łazienka □ tak □ nieWC □ tak □ nieOsobny pokój □ tak □ nie |
| Korzystanie z ośrodków wsparcia | **□** dom pomocy społecznej□ specjalistyczne usługi opiekuńcze□ środowiskowy dom samopomocy□ warsztaty terapii zajęciowej□ klub integracji społecznej□ klub samopomocy□ inne ……………………………Od kiedy ………………………… |
| Nazwa ośrodka wsparcia |  |
| Przyczyna wystąpienia z wnioskiem o przyznanie miejsca w mieszkaniu wspomaganym(można zaznaczyć kilka wariantów) | □ ubóstwo□ bezdomność□ bezrobocie□ niepełnosprawność□ przemoc w rodzinie□ bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego□ sytuacja kryzysowa□ potrzeba uzyskania wsparcia w aktywizacji zawodowej |
| **OSOBA DO KONTAKTU/ OPIEKUN PRAWNY** |
| Imię i nazwisko |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon |  |

**\****niepotrzebne skreślić*

Podpis kandydata/opiekuna prawnego

….……………………………………

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez adres e-mailowy: kancelaria@miir.gov.pl lub pisemnie przekazując korespondencję na adres siedziby Administratora.
2. Administratorem Pani/Pana danych osobowych w zakresie zbioru: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych (SL2014) jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Suwałkach, Bród Nowy 15, 16-402 Suwałki, tel. 87 562 70 74, NIP: 844-214-73-42, REGON 200394576. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się na adres email: zk.suwalki@psoni.org.pl.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i b RODO **w celu przeprowadzenia rekrutacji kandydatów** do mieszkania wspomaganego znajdującego się w Białej Wodzie 63A, gm. Suwałki, w związku z realizacją projektu partnerskiego pn.: „W poszukiwaniu modelowych rozwiązań”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś. priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym oraz zawarcia umowy, przetwarzanych w celach związanych z przeprowadzeniem procedury rekrutacji oraz późniejszej realizacji umowy,
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą inne podmioty publiczne upoważnione do ich przetwarzania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmioty świadczące usługi pocztowe,
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa w celu udokumentowania prawidłowości wydatkowania środków publicznych, a w przypadku zawarcia umowy przez okres jej realizacji oraz okres umożliwiający stronom dochodzenie ewentualnych roszczeń z tytułu umowy, z uwzględnieniem przepisów o archiwizacji dokumentów.
7. Dodatkowo informujemy, że posiada Pani/Pan prawo:
8. dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania (poprawiania) oraz usunięcia w przypadkach wynikających z przepisów prawa,
9. ograniczenia zakresu przetwarzania swoich danych osobowych w sytuacjach

kiedy jest to dopuszczalne obowiązującymi przepisami prawa,

1. przeniesienia swoich danych w zakresie w jakim są one przetwarzane w systemach informatycznych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
2. do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie dotyczących Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

Podanie przez Wykonawcę danych osobowych jest niezbędne w celu zawarcia i wykonania umowy w przypadku wybrania Pani/Pana kandydatury do mieszkania wspomaganego.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Oświadczam, ze wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, udostępnionych w złożonych przeze mnie dokumentach, w związku z realizacją projektu partnerskiego pn.: „W poszukiwaniu modelowych rozwiązań”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś. priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne na rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, **w celach związanych z przeprowadzeniem rekrutacji** użytkowników mieszkania wspomaganego w Białej Wodzie 63A, gm. Suwałki.

Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

Podpis kandydata/opiekuna prawnego

 ……………………………………………….