FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gmina Białośliwie/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białośliwiu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł i nr projektu:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **„Gmina Białośliwie stawia na aktywizację mieszkańców”**  **RPWP.07.01.02-30-0026/19** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie  (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | | | | | | | ISCED 5-8 Wyższe | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 4 Policealne | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 2 Gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 1 Podstawowe | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ISCED 0 Brak | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Dane kontaktowe uczestnika[[1]](#footnote-2)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gmina | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr budynku | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**  *Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.* | | | | | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | | Nie | |  | |
| **Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**  Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.  *Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu* | | | | | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | | Nie | |  | |
| **W tym długotrwale bezrobotny**  Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:  - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).  - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | | | | | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | | Nie | |  | |
| **Bierny zawodowo**  Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).  *Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu* | | | | | | | | | | | | | | | | Tak | |  | | | | Nie | |  | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**  (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak | |  | | | Nie | |  | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | | | |  | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)  2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak | | |  | | | Nie | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.),, a także osoby zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685.), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | | Nie | |  | | | | Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**  Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.  (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | | Nie | |  | | | | Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne** | | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że**  (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | jestem osobą pełnoletnią, zamieszkałą/uczącą się w woj. Wielkopolskim na terenie Gminy Białośliwie w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego. |  |  |
| jestem osobą bierną zawodowo |  |  |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[2]](#footnote-3) |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | **Kryteria premiujące** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie Projektu. |  |  | **20 pkt.** |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) |  |  | **15 pkt.** |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa indywidualnie lub jako rodzina o - zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w POPŻ |  |  | **15 pkt.** |
| Jestem osobą zamieszkującą obszar objęty programem rewitalizacji uwzględniony w wykazie programu rewitalizacji– zgodnie z obszarem rewitalizacji *w* *Gminie Białośliwie wskazanym w*  *Regulaminie projektu* |  |  | **15 pkt.** |
| Płeć | K | M | **Jeśli K – 10 pkt.** |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie **„Gmina Białośliwie stawia na aktywizację mieszkańców”** realizowanym przez Gminę Białośliwie/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białośliwiu Projekt, który dofinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego współfinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne Działanie 7.1 Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2 Aktywna integracja – projekty konkursowe

…………………………… …………………………..

Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
2. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
5. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Gmina Białośliwie stawia na aktywizację mieszkańców” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udokumentowania realizacji projektu.

…………………………………

data i czytelny podpis

**Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami**

**Projekt „Gmina Białośliwie stawia na aktywizację mieszkańców”**

**nr RPWP.07.01.02-30-0026/19**

*Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, by niwelować bariery osób niepełnosprawnych.*

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

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

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

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

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

1. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w usługach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

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

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

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

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

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **„Gmina Białośliwie stawia na aktywizację mieszkańców”** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których

mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) W odniesieniu do zbioru „Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020”:

a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne

dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu

Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz

uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 320) z

późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1303/2013,

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia

17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego

rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 470 z późn. zm.),

zwanym dalej rozporządzeniem 1304/2013,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki

spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (tekst jednolity Dz. U. z

2018 r. poz. 1431 z późn. zm.) zwaną dalej ustawa wdrożeniową.

2) W odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację

programów operacyjnych”:

a) rozporządzenia 1303/2013,

b) rozporządzenia 1304/2013,

c) ustawy wdrożeniowej,

d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.

ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu

Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do

przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące

wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi,

certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. U. UE. L. 2014.286.1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) **RPWP.07.01.02-30-0026/19**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności

wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej -

Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Szyperskiej 14, 61-754 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt - Gmina Białośliwie/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białośliwiu, ul. Księdza Kordeckiego 1, 89-340 Białośliwie oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą

w realizacji Projektu . Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta w szczególności kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji

międzynarodowej.

9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 z uwzględnieniem okresu archiwizacji przewidzianego przepisami prawa.

11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej, odpowiednio:

a) inspektor.ochrony@umww.pl - w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020

b) iod@miir.gov.pl - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający

realizację programów operacyjnych.

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

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

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKT [[3]](#footnote-4)

**Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:**

1. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………………… | ………………………………….……………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[4]](#footnote-5)\** |

ZAŁĄCZNIKI:

1. **Zaświadczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)** w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu na potwierdzenie statusu osoby biernej zawodowo lub osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pacy
2. **Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy** dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędzie
3. **Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub niezdolności do pracy wydane zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób niepełnosprawnych.
4. **Zaświadczenie** o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa – jeżeli dotyczy

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)
2. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

   a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

   b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

   c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

   d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;

   e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;

   f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;

   g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;

   h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

   i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

   j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;

   k) osoby korzystające z PO PŻ; [↑](#footnote-ref-3)
3. W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-4)
4. \*\* \*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

   .

   [↑](#footnote-ref-5)