



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y deklaruje zgodę na uczestnictwo w projekcie pn.: **„Program wsparcia na rzecz rodzin zastępczych i osób usamodzielnianych w Powiecie Koszalińskim”**, dofinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach FEPZ 2021 - 2027, z Priorytetu 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie 6.22 Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny.

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję treść Regulaminu uczestnictwa w projekcie pn.: „Program wsparcia na rzecz rodzin zastępczych i osób usamodzielnianych w Powiecie Koszalińskim”.

2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie pn. „Program wsparcia na rzecz rodzin zastępczych i osób usamodzielnianych w Powiecie Koszalińskim”. W celu potwierdzenia deklarowanych danych, załączam dowody uwierzytelniające zamieszkanie i/lub zatrudnienie i/lub uczęszczanie do szkoły (status ucznia) na terenie Województwa Zachodniopomorskiego, lub złożone przeze mnie oświadczenie - pod odpowiedzialnością karną.

3. Oświadczam, że dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

4. Zobowiązuję się do:

- udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach projektu,
- regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych i innych,
- wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu,
- udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
- informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu (do 4 tygodni), związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach danych w tym np. o zmianie: adresu, numeru telefonu, itp.
- powiadomienia z wyprzedzeniem o konieczności rezygnacji z udziału w Projekcie.

5. Oświadczam, że podane w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne z prawdą i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

6. Zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi:

- bezpłatny udział w formach wsparcia określonych w Regulaminie udziału w Projekcie;
- inne - zgodnie z ofertą projektu.

7. Jestem świadoma/y, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

8. Zostałam/em poinformowana/y, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Działanie 6.22 Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny.

9. Przyjmuję do wiadomości, że: Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków związanych z realizacją projektu „Program wsparcia na rzecz rodzin zastępczych i osób usamodzielnianych w Powiecie Koszalińskim”, nr projektu FEPZ.06.22-IP.01-0001/25, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Podanie danych przez kandydatkę/ta na uczestnika projektu jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w Projekcie. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą województwo zachodniopomorskie.

W celu potwierdzenia kryterium kwalifikowalności, załączam:

- oficjalny dokument lub oświadczenie – potwierdzające fakt zamieszkania na terenie województwa zachodniopomorskiego oraz dodatkowo:
- w przypadku osób fizycznych – pracujących - zaświadczenie od pracodawcy,
- w przypadku osób fizycznych - uczących się - zaświadczenia ze szkoły/placówki

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNICTWA WE WSPARCIU

Podpisując niniejszą informację deklaruję, że nie otrzymuję jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanej ze środków EFS+. Przyjmuję do wiadomości brak możliwości jednoczesnego otrzymywania wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.

W przypadku zmiany tej sytuacji zobowiązuję się poinformować o tym fakcie organ właściwy.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)

ZGODA NA UTRWALENIE I WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na utrwalenie mojego wizerunku na zdjęciach i filmach dokumentujących uczestnictwo w projekcie. Materiały będą wykorzystane do celów sprawozdawczych i promocyjnych.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu lub opiekuna prawnego)