**Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

**FORMULARZ PEFS**

1. Ja niżej podpisana/y deklaruję udział w projekcie systemowym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie w zakresie zwiększenia szans na zatrudnienie i podniesienie kompetencji społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z terenu powiatu kościerskiego, który jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytet VII Promocja integracji społecznej, Działanie 7.1. Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji, Poddziałanie 7.1.2 Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie*.*
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że wymieniony w pkt. 1 projekt systemowy jest współfinansowany ze środków *Unii Europejskiej* w ramach *Europejskiego Funduszu Społecznego*. Ponadto wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych do *Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego* (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) dla potrzeb rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Dane te są wprowadzane do systemu PEFS, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania. **Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.**
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie w trakcie trwania projektu oraz które może odbyć się do 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.
4. Oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w wyżej wymienionym projekcie systemowym, którego grupy docelowe wskazane i opisane są w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie Systemowym, a dane przekazane przeze mnie do systemu PEFS są zgodne z prawdą.

***PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI***

**⮽ - właściwe zaznaczyć**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | **1** | **Imię (imiona)** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Nazwisko** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | **Płeć** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | **Wiek *(w chwili przystąpienia do projektu)*** | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **5** | **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | |
| **Adres zamieszkania** | **6** | **Ulica** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | **Nr domu** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | **Nr lokalu** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | **Miejscowość** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | **Miasto** | | **□** | | | | | | | | **Wieś** | | | | | **□** | |
| **11** | **Kod pocztowy, poczta** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** | **Powiat** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **13** | **Województwo** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | **Należy podać dane kontaktowe (adres korespondencyjny, telefon), tzn. takie które umożliwią dotarcie do osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** | **Telefon stacjonarny** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **15** | **Telefon komórkowy** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **16** | **Adres e-mail** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Dane dodatkowe** | **17** | **Wykształcenie** | | | | **wyższe**  **□** **pomaturalne**  **□** **średnie □**  **średnie zawodowe □ zawodowe □**  **gimnazjalne □ podstawowe □** | | | | | | | | | | | | |
| **18** | **Czy Pan/Pani uczy się** | | | | | | | | | | | | | | | | **tak □**  **nie □** |
| **19** | **Nazwa szkoły (jeżeli w pkt. 18 zaznaczono „nie” proszę wpisać „nie dotyczy”)** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **20** | **Czy pracuje zawodowo Pan/Pani** | | | | | | | | | | | | | | | | **tak □**  **nie □** |
| **21** | **Nazwa pracodawcy**  **(jeżeli w pkt. 20 zaznaczono „nie” proszę wpisać „nie dotyczy”)** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje szczególne** | **22** | **Proszę zaznaczyć właściwe**  **□ jestem osobą usamodzielnianą, wychowanką/iem/ placówki**  **opiekuńczo-wychowawczej**  **□ jestem osobą usamodzielnianą, wychowanką/iem rodziny zastępczej**  **□ jestem osobą niepełnosprawną** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data i czytelny podpis** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |