

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

osoby zainteresowanej uczestnictwem w zajęciach  
w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim

**Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich białych pól i zaznaczenie właściwych odpowiedzi  
na pytania zawarte w formularzu rekrutacyjnym**

| <b>I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI DO UCZESTNICTWA<br/>W ZAJĘCIACH W KLUBIE SAMOPOMOCY DLA OSÓB STARSZYCH</b> |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IMIĘ (IMIONA)                                                                                                      |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NAZWISKO                                                                                                           |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PŁEĆ                                                                                                               | <input type="checkbox"/> KOBIEТА<br><input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                                                                              |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>                                                                                          |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ULICA                                                                                                              |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NR DOMU                                                                                                            |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NR LOKALU                                                                                                          |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MIEJSCOWOŚĆ                                                                                                        |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| KOD POCZTOWY                                                                                                       |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GMINA                                                                                                              |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POWIAT                                                                                                             |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| WOJEWÓDZTWO                                                                                                        |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBSZAR ZAMIESZKANIA                                                                                                | <input type="checkbox"/> MIASTO<br><input type="checkbox"/> WIEŚ       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NR TELEFONU                                                                                                        |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRES E-MAIL                                                                                                       |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ADRES KORESPONDENCYJNY (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</b>                                  |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ULICA                                                                                                              |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NR DOMU                                                                                                            |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NR LOKALU                                                                                                          |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MIEJSCOWOŚĆ                                                                                                        |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| KOD POCZTOWY                                                                                                       |                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                              |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| GMINA                                                                                                                                                                                        |                                                                     |
| POWIAT                                                                                                                                                                                       |                                                                     |
| WOJEWÓDZTWO                                                                                                                                                                                  |                                                                     |
| OBSZAR ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> MIASTO                                     |
|                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> WIEŚ                                       |
| NR TELEFONU                                                                                                                                                                                  |                                                                     |
| <b>II. RODZAJ WSPARCIA (należy wybrać formę wsparcia, w której kandydat/kandydatka deklaruje uczestnictwo)</b>                                                                               |                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     | Zajęcia w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim |
| <b>III. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA (należy zaznaczyć prawidłową odpowiedź)</b>                                                                                                                   |                                                                     |
| Jestem Uczestnikiem/Uczestniczką zajęć w innym ośrodku wsparcia, np. w Klubie Senior+                                                                                                        |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> NIE                                        |
| Jestem osobą samotnie zamieszkującą                                                                                                                                                          |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> NIE                                        |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego niezbędnego w procesie rekrutacji na zajęcia w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> NIE                                        |

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis Kandydata/Kandydatki lub jego/jej opiekuna prawnego)

,

**Oświadczenia obowiązkowe:**

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie procedurą rekrutacyjną w ramach naboru na zajęcia realizowane w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych;
2. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym w ramach naboru na zajęcia realizowane w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie formularza rekrutacyjnego i podpisanie niniejszego oświadczenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w zajęciach w Klubie. W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w zajęciach zobowiązuję się do podpisania dokumentów regulujących szczegółowe zasady uczestnictwa w tej formie wsparcia;
3. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania się do udziału w zajęciach w Klubie, zostanę zobowiązany do udziału we wszystkich zaproponowanych mi działaniach, z zastrzeżeniem przepisów Regulaminu Klubu regulujących w szczególności kwestie nieobecności i opuszczania zajęć;
4. Zostałem poinformowany/a, że uczestnictwo w zajęciach realizowanych w Klubie jest odpłatne oraz realizowane jest ze środków finansowych Gminy Brześć Kujawski.
5. Zapoznałem/am się z Regulaminem funkcjonowania Klubu Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim i akceptuję jego warunki.
6. W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w zajęciach realizowanych w Klubie wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne i bezterminowe utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach wykonanych w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych do kontynuacji projektu, na stronie internetowej Gminy Brześć Kujawski: [www.brzesckujawski.pl](http://www.brzesckujawski.pl), w publikacjach oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie tych zdjęć nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych. Zdjęcia te mogą być wykorzystane wyłącznie do działań informacyjno-promocyjnych;
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminę Brześć Kujawski oraz Brzeski Ośrodek Pomocy Społecznej w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji na zajęcia realizowane w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych zgodnie z Rozporządzeniem 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

(ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w niniejszej klauzuli informacyjnej RODO.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis Kandydata/Kandydatki lub jego/jej opiekuna prawnego)

## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Brzeski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brześciu Kujawskim, ul. Królewska 5, 87-880 Brześć Kujawski, reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka, e-mail: [bops@bops.brzesckujawski.pl](mailto:bops@bops.brzesckujawski.pl), tel. 54 416 99 46.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się skontaktować tel. 54 234 51 78, mailowo: [dane.osobowe@brzesckujawski.pl](mailto:dane.osobowe@brzesckujawski.pl) we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia rekrutacji w ramach naboru na zajęcia realizowane w Klubie Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c), e) i a) RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g) RODO w związku z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą zostać: uprawnione podmioty i organy publiczne wymienione w ustawach, podmioty wykonujące usługi archiwizacyjne oraz niszczenia dokumentacji, podmioty świadczące usługi obsługi prawnej w zakresie realizowanych postępowań, podmioty świadczące usługi informatyczne w zakresie systemów przetwarzających dane osobowe.
6. Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z Zarządzeniem Nr 7/2023 Dyrektora Brzeskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Brześciu Kujawskim z dnia 31 sierpnia 2023 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt, instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania składnicy akt w Brzeskim Ośrodku pomocy społecznej w Brześciu Kujawskim.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych - w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych, prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych,

jak również przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

9. Z powyższych praw można skorzystać poprzez kontakt pisemny na adres administratora lub e-mail: [dane.osobowe@brzesckujawski.pl](mailto:dane.osobowe@brzesckujawski.pl).
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne aby formularz rekrutacyjny został rozpatrzony.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane, tj. dane osobowe konkretnej osoby nie będą analizowane w taki sposób, aby stworzyć dokładny opis jej preferencji i cech. (art. 22 RODO).

.....  
Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki

.....  
.....  
.....  
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**  
**o korzystaniu z pomocy w ramach Programu**  
**Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa na lata 2021-2027**

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że korzystam/nie korzystam\* z pomocy w ramach Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową na lata 2021-2027.

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia, nie powiela działań, które otrzymuję z FEPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki lub jego/jej opiekuna prawnego)

\*Niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**  
**o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej**

Oświadczam, że korzystam/nie korzystam\* ze świadczeń z zakresu pomocy społecznej przewidzianych w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.

\*zaznaczyć właściwe

Powodem przyznania jako osobie korzystającej lub będącej członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej są następujące przyczyny (należy zaznaczyć właściwe przyczyny):  
ubóstwo,

☐ sieroctwo,

☐ bezdomność,

☐ bezrobocie,

☐ niepełnosprawność,

☐ długotrwała lub ciężka choroba,

☐ przemoc domowa,

☐ potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi,

☐ potrzeba ochrony macierzyństwa/wielodzieństwo,

☐ bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego,

☐ trudności w integracji cudzoziemców,

☐ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,

☐ alkoholizm,

- ☐ narkomania,
- ☐ zdarzenie losowe/sytuacja kryzysowa,
- ☐ klęska żywiołowa lub ekologiczna.

Ponadto oświadczam, że:

☐ jestem osobą, o której stanowi art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym<sup>1</sup>,

☐ jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą 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,

☐ jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich,

☐ jestem osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,

---

<sup>1</sup> Art. 1 ust. 2 ustawy o zatrudnieniu socjalnym:

Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

- 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
  - 2) uzależnionych od alkoholu,
  - 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,
  - 4) osób z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
  - 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. poz. 620),
  - 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
  - 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
  - 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

☐ jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,

☐ jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością,

☐ jestem osobą niesamodzielną,

☐ jestem osobą odbywającą karę ograniczenia lub pozbawienia wolności.

W przypadku jakichkolwiek zmian w danych zawartych przeze mnie w niniejszym oświadczeniu, zobowiązuję się do powiadomienia BOPS w Brześciu Kujawskim w ciągu 7 dni od zaistnienia zmiany. Oświadczam, że zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności karnej wynikających z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie danych niezgodnych z prawdą. Art. 233 KK: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki lub  
jego/jej opiekuna prawnego)

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych  
w związku z wpisem na listę rezerwową w ramach  
naboru do Klubu Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim**

Ja ..... wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska i numeru telefonu przez Brzeski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brześciu Kujawskim celem kontaktu w związku z wpisaniem na listę rezerwową w ramach naboru do Klubu Samopomocy dla Osób Starszych w Brześciu Kujawskim.

Lista rezerwowa funkcjonować będzie do momentu ogłoszenia nowego naboru do Klubu.

Jestem świadomy/a, że przysługuje mi prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis Kandydata/Kandydatki  
lub opiekuna prawnego)

**Dane Kandydata/Kandydatki w celu kontaktu w związku z wpisaniem na listę rezerwową  
w ramach naboru do Klubu Samopomocy w Brześciu Kujawskim**

|                                       |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki: | Numer telefonu: |
| <br><br>                              | <br><br>        |