



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.
„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego” w ramach 5.2 PO WER**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na www.centrum.med.pl lub w Biurze Projektu.

Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

- Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
- Na każdej stronie Formularza zgłoszeniowego w prawym dolnym rogu proszę umieścić **parafkę długopisem koloru niebieskiego.**
- W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
- Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
- Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych (Skierowania i Karty oceny) ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
- Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole znaku: **X**

1	Imię i Nazwisko
2	PESEL
3	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	Adres zamieszkania	Województwo Powiat Kod pocztowy Miejscowość Ulica Nr domu / lokalu
	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

5	Telefon kontaktowy	stacjonarny lub komórkowy
	Adres e-mailowy <i>(jeżeli uczestnik projektu posiada)</i>
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
7	Status osoby na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <hr/> <input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <hr/> <input type="checkbox"/> Bierna zawodowa w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <hr/> <input type="checkbox"/> Zatrudniony w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca działalność na własny rachunek

		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód Zatrudniony/ w (nazwa instytucji/przedsiębiorstwa)
8	Dodatkowe informacje	<input type="checkbox"/> Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: <input type="checkbox"/> osobą przebywającą w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie, <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

- **zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego” i akceptuję jego warunki;**
- **spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału projekcie tj.:**
 - a) jestem** bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały mi świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego,
 - b) posiadam** prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
 - c) nie korzystam** ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz

rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych

d) podstawowym wskazaniem do objęcia opieką **nie jest** zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnoszę o zapewnienie bezpłatnego transportu do/z DDOM w Mińsku Mazowieckim

tak nie

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – NZOZ Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.

2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.centrum.med.pl, w gazetach i w Internecie itp.

3. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.

Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:

a) Deklaracja udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,

b) Oświadczenie Uczestnika projektu dotyczące danych osobowych, zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Skierowanie do DDOM wydane przez: - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, - w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Karta oceny stanu klinicznego sporządzaną z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Data

.....
Podpis uczestnika projektu