

**Załącznik nr 1 Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

pn. „*W Centrum harmonii ze światem*”. *Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi z chorobą psychiczną jako alternatywna forma opieki nad osobami niesamodzielnymi w tym starszymi z terenu woj. mazowieckiego w Ceranowie*”

Ja, niżej podpisana/y:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(seria i numer dowodu osobistego)

.....  
( numer PESEL)

**deklaruję chęć udziału w projekcie**

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu „ <i>W Centrum harmonii ze światem.</i> ” <i>Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi z chorobą psychiczną jako alternatywna forma opieki nad osobami niesamodzielnymi w tym starszymi z terenu woj. mazowieckiego w Ceranowie</i> ”
2	Nr projektu <i>RPMA.09.02.02-14-8570/17-00</i>
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt <i>9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej</i>
5	Poddziałanie <i>9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych</i>



**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,  
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1	Kraj	
2	Imię	
3	Nazwisko	
4	PESEL	
5	Brak PESELU	€
6	Płeć	€ Kobieta € Mężczyzna
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie:	€ gimnazjalne, € niższe niż podstawowe, € podstawowe, € policealne, € ponadgimnazjalne, € wyższe
Dane kontaktowe:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail	

<b>Dane dodatkowe:</b>		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
2	Wykonywany zawód  <b>INF DODATKOWA:</b> wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik

3	<p>Zatrudniony w:</p> <p><b>INF DODATKOWA:</b> wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
4.	<p>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  <input type="checkbox"/> Tak  <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Tak  w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  <input type="checkbox"/> Tak  <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  <input type="checkbox"/> Tak  <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <input type="checkbox"/> Tak</p>

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dane podane w deklaracji uczestnictwa są zgodne ze stanem faktycznym i są prawdziwe.
2. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „W Centrum harmonii ze światem. Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi z choroba psychiczną jako alternatywna forma opieki nad osobami niesamodzielnymi w tym starszymi z terenu woj. mazowieckiego w Oleśnicy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na wypełnienie ankiety satysfakcji uczestnika projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie. Również po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie określające realizację wskaźników zawartych w projekcie.
5. Oświadczam, iż spełniam kryteria wejścia uprawniające do udziału w projekcie tj:
- jestem osobą pełnoletnią, w szczególności **po 65r.ż.**
  - mieszkam na terenie **województwa mazowieckiego**
  - mam zdiagnozowane **zaburzenie psychiczne** ,i/lub jestem:
  - po leczeniu **szpitalnym na oddziale** o profilu psychiatrycznym i/lub
  - po leczeniu w **formie stacjonarnej** i/lub
  - zagrożoną hospitalizacją,**
6. Oświadczam, że nie uczestniczę w innym analogicznym projekcie, o podobnym charakterze finansowym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
7. **Dodatkowo wyrażam zgodę na:**
- a)Nieodpłatne rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), materiałów medialnych z użyciem podstawowych danych osobowych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.z o.o. w Siedlcach oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę rościł sobie żadnych praw z tego tytułu.
  - b)Powyższa zgoda nie posiada ram czasowych ani terytorialnych oraz obejmuje różnorodne formy publikacji projektu takie jak: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie [www.centrum.med.pl](http://www.centrum.med.pl), w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie na potrzeby realizacji i promocji projektu moich zdjęć, nie będzie naruszeniem moich dóbr osobistych
  - c)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.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis uczestnika projektu

***\*Poniższe dane wypełnia pracownik DDW***

**Data rozpoczęcia udziału w projekcie:.....**

**Data zakończenia udziału w projekcie:.....**

**Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa**

€ Tak

€ Nie

