

**Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu**

**I. KWESTIONARIUSZ OSOBOWY / FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU pn. *„Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00* realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny*,* w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne**

*należy zaznaczyć* ***X*** *przy właściwej formie wsparcia*

* ***Edukacja położnych i pielęgniarek POZ oraz lekarzy POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej***
* ***Konsultacje psychologiczne***

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

**Prosimy o wypełnienie poniższych danych:**

1. **KRAJ**: ……………………………………………………………………………………………………………………...

2. **IMIĘ I NAZWISKO:** ………………………………………………………………………………………………………..

3. **PESEL:** ……………………………………………………………………………………………………………………...

Brak peselu w przypadku obcokrajowców

4. **PŁEĆ:**  kobieta mężczyzna

5.**WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**: ……………………………………………………………………….

6.**WYKSZTAŁCENIE -** wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

* NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE
* PODSTAWOWE
* GIMNAZJALNE
* PONADGIMNAZJALNE
* POLICEALNE
* WYŻSZE

**7. ADRES ZAMIESZKANIA:**

WOJEWÓDZTWO ……………………………………………… POWAT ……………………………………………………

GMINA ……………………………………………….……., MIEJSCOWOŚĆ ……………………………………………..…..

ULICA ……………………………………………………., NR BUDYNKU,………………… NR LOKALU…………………...

KOD POCZTOWY…………………………………………………………………………………………………………….…....

**8. KONTAKT:**

TEL. KONTAKTOWY ……………………………………… , ADRES E-MAIL………………………………………………

**9. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:**

A. OSOBOWA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY

* Osoba długotrwale bezrobotna
* inne

B. OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY

* Osoba długotrwale bezrobotna
* inne

C. OSOBA BIERNA ZAWODOWO

* osoba ucząca się
* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu się
* Inne

D. OSOBA PRACUJĄCA

* Osoba pracująca w administracji rządowej
* Osoba pracująca w administracji samorządowej
* Osoba pracująca w MMŚP
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* Inne

**10. WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi**:

* Instruktor praktycznej nauki zawodu
* Nauczyciel kształcenia ogólnego
* Nauczyciel wychowania przedszkolnego
* Nauczyciel kształcenia zawodowego
* Pracownik instytucji ochrony zdrowia
* Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* Pracownik instytucji rynku pracy
* Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
* Rolnik
* inny

**11. ZATRUDNIOWY W (miejsce zatrudnienia):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**12. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D, E, F wybierz jedną odpowiedź:**

A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

* tak
* nie
* odmowa podania informacji
1. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań \*
* tak
* nie
1. Osoba niepełnosprawna
* tak
* nie
* odmowa podania informacji
1. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
* tak
* nie

 **jeśli TAK, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:**

* tak
* nie
1. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
* tak
* nie
1. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)
* tak
* nie
* odmowa podania informacji

**II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. *„Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji
i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00* realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny*,* w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne**

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:**

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. ***„Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny,* w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne**, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;

2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;

3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne

4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;

6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;

7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez ***Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny*** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;

8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

9.oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

**………………………………. ………………………………………………**

 **Miejscowość, data czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU
 lub opiekuna prawnego**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

\*Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).