

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.
„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Strzyżowie” w ramach 8.3 Zwiększenie
dostępu do usług społecznych i zdrowotnych RPO WP na lata 2014-2020**

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

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

UWAGA:

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. Na każdej stronie Formularza zgłoszeniowego w prawym dolnym rogu proszę umieścić **parafkę długopisem koloru niebieskiego.**
3. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
4. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
5. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych (Skierowania i Karty oceny) ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
6. 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	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
5	Telefon kontaktowy		
	Adres e-mailowy (jeżeli uczestnik projektu posiada)		
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (<i>Brak formalnego wykształcenia</i>) <input type="checkbox"/> Podstawowe (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej /wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe</i>) <input type="checkbox"/> Pomaturalne/Policealne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>) <input type="checkbox"/> Wyższe (<i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i>)	
7	Status osoby na rynku pracy:	<hr/> Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe, zgodnie z definicją na końcu formularza): <input type="checkbox"/> Bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna	

		<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Bierna zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <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"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne Zawód wykonywany: <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel 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 <input type="checkbox"/> inny Wykonywany zawód Zatrudniony w:
	Dodatkowe informacje	Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

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

Oświadczam, że:

- **zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Strzyżowie” i akceptuję jego warunki;**
- **spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału projekcie tj.:**

a) jestem:

- bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a mój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej (weryfikacja na podstawie kserokopii karty informacyjnej z pobytu w szpitalu) lub
- pacjentem, u którego występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie (weryfikacja na podstawie odrębnego zaświadczenia lekarskiego) lub
- pacjentem, któremu w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (weryfikacja na podstawie kserokopii karty informacyjnej z pobytu w szpitalu).

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 (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

W celu spełnienia kryterium merytorycznego oświadczam, że:

a) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

TAK NIE

Jeśli wybrano opcję TAK (proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności)

b) Byłam/łem hospitalizowany w okresie ostatnich 12 miesięcy od dnia złożenia niniejszego formularza rekrutacyjnego

TAK NIE

Jeśli wybrano opcję TAK (proszę dołączyć kserokopię karty informacyjnej z pobytu w szpitalu lub oświadczenie o terminie pobytu w szpitalu)

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

Wnoszę o zapewnienie bezpłatnego transportu do/z DDOM w Strzyżowie.

TAK NIE

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – „MED-DOM” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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.med-dom.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 zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami, proszę o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić:

.....
.....
.....

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"/>
3.	Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu/Oświadczenie o pobycie w szpitalu wraz z podaniem terminu hospitalizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Data

.....
Podpis uczestnika projektu