



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.  
„Rozszerzenie działalności SPG ZOZ w Jedliczu o działalność Dziennego Domu Opieki  
Medycznej w Żarnowcu” w ramach 5.2 PO WER**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na [www.zozjedlicze.pl](http://www.zozjedlicze.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	<b>Imię i Nazwisko</b>	.....
2	<b>PESEL</b>	.....
3	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	<b>Adres zamieszkania</b>	Województwo .....
		Powiat .....
		Kod pocztowy .....
		Miejscowość .....
		Ulica .....
		Nr domu / lokalu .....
	<b>Obszar zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
5	<b>Telefon kontaktowy</b>	stacjonarny lub komórkowy .....
	<b>Adres e-mailowy</b> <i>(jeżeli uczestnik projektu posiada)</i>	.....
6	<b>Wykształcenie</b>	<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	<b>Status osoby na rynku pracy:</b>	<input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy w tym:

		<p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <b>Bierna zawodowa</b> w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> <b>Zatrudniony</b> w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>Wykonywany zawód .....</p> <p>Zatrudniony/ w (nazwa instytucji/przedsiębiorstwa) .....</p> <p>.....</p>
8	<b>Dodatkowe informacje</b>	<p><input type="checkbox"/> Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osobą przebywającą w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby</p>

		<p>dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):</p> <p><input type="checkbox"/> Tak,</p> <p><input type="checkbox"/> Nie,</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
--	--	---

**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 „Rozszerzenie działalności SPG ZOZ w Jedliczu o działalność Dziennego Domu Opieki Medycznej w Żarnowcu” 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/lem poinformowany, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**Wnoszę o zapewnienie bezpłatnego transportu do/z DDOM w Żarnowcu**

- 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 – SPG ZOZ w Jedliczu 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.zozjedlicze.pl](http://www.zozjedlicze.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*