

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi”  
numer WND-RPSL.08.03.02-24-03AA/19

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy

DZIAŁANIE 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy

PODDZIAŁANIE 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs

**UWAGA!** Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi”. Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić w sposób czytelny. **Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.**

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (poła należy uzupełnić lub właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)											
Imię (Imiona)											
Nazwisko											
PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
Wiek											
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe lub brak wykształcenia</b> (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> (ukończona 6-letnia szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> (ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> (ukończona szkoła średnia ogólnokształcąca lub technikum lub ukończona zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie lub inżynierskie, magisterskie, doktoranckie)										
Adres zamieszkania (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego <sup>1</sup> )	Województwo:										
	Powiat:										
	Gmina:										
	Miejscowość:										
	Kod pocztowy:										
	Ulica:										
	Numer budynku:										
Numer lokalu (jeśli dotyczy):											

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<b>DANE KONTAKTOWE</b> (pola należy uzupełnić lub właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail*</b>	

\* Opcjonalnie

<b>STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy</b> (należy załączyć zaświadczenie o pozostawaniu w rejestrze UP) <i>(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> W tym: <b>Długotrwale bezrobotna</b>  <i>(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)</i></li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy</b> <i>(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> W tym: <b>Długotrwale bezrobotna</b> <b>Długotrwale bezrobotna</b>  <i>(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)</i></li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b> <i>(osoba powyżej 15 roku życia, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, ale jest w kondycji fizycznej umożliwiającej podjęcie zatrudnienia)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba ucząca się (w trybie dziennym)</b>  <i>(osoba, która uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym, rozumianym jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym).</i></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>  <i>(osoba, która nie uczy się ani nie szkoli)</i></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Inne</b></li> </ul> </li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca</b> <i>(osobą pracującą jest osoba, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, w tym prowadząca gospodarstwo rolne; bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Wykonywany zawód: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik<sup>2</sup> instytucji pomocy i integracji społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	

<sup>2</sup> **Kluczowy pracownik** - osoba zajmująca się bezpośrednią pomocą osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym w formie usług aktywizacyjnych, pracy socjalnej i innych usług społecznych, w szczególności pracownik socjalny i aspirant pracy socjalnej. Instytucje pomocy i integracji społecznej - jednostki organizacyjne pomocy społecznej wymienione w ustawie o pomocy społecznej oraz podmioty, o których mowa w ustawie o zatrudnieniu socjalnym.

- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- Inny

Jestem zatrudniony/a w:.....

(pełna nazwa zakładu pracy/pracodawcy/prowadzonej działalności gospodarczej)

Należy załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/kopie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub wydruk z CEIDG – jeśli dotyczy)

### STATUS W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)

<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej<sup>3</sup> lub etnicznej<sup>4</sup>, migrant, osoba obcego pochodzenia<sup>5</sup> (dane wrażliwe)</b> <i>(Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości)</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b> <i>(Osoby 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 imigrantów), osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)</i>	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe)</b> <i>(osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)</i> <u>Należy załączyć kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności poświadczonego przez kandydata za zgodność z oryginałem lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</u>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe)</b> <i>(osoba z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe lub bez wykształcenia będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu wykształcenia podstawowego, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich)</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

### INFORMACJE DODATKOWE – KRYTERIA REKRUTACYJNE

w ramach Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi oraz nerwicowymi na lata 2019-2022

(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X lub uzupełnić)

Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o trwałej niezdolności do pracy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy deklaruje Pan/Pani gotowość do podjęcia zatrudnienia (dotyczy osób nieaktywnych zawodowo)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia depresyjne nawracające (F33)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia lękowe uogólnione (F41.1)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi

<sup>3</sup> **Mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

<sup>4</sup> **Mniejszości etniczne**: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>5</sup> **Migrant, osoba obcego pochodzenia** - cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski

Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia stresowe pourazowe (F.43.1)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Czy chorował/a Pan/Pani lub choruje na zaburzenia adaptacyjne (F43.2)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Jeśli chorował/a Pan/Pani na wyżej wymienione choroby, czy leczenie zostało zakończone?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy/odmowa odpowiedzi
Czy korzystał/a Pan/Pani ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wyżej wymienionych jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czy ma Pan/Pani dostęp do telefonu stacjonarnego lub komórkowego?	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/Pani uczestnikiem w innym programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym dotyczącym zaburzeń psychicznych afektywnych i nerwicowych współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego?	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

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

1. Wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa ” w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi” i akceptuję jego warunki.
3. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie i Formularzu jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi”.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi”.
5. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mnie dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w Projekcie.
8. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy i niniejszym oświadczam, że ww. dane są prawdziwe. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a, że w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, Wnioskodawca - MEDEA CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.
9. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
10. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania MEDEA CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU