

FORMULARZ REKRUTACYJNY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

Tytuł projektu	„ Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca ”
Nr umowy	UDA-RPSL.09.02.06-24-05ED/18-00
Oś priorytetowa	IX. Włączenie społeczne
Działanie	9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie	9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs
Beneficjent	GSU POMOC GÓRNICZY KLUB UBEZPIECZONYCH S.A. ul. Jana Pawła II 2, 44-100 Gliwice

Proszę zakreślić odpowiedź znakiem **x** oraz wpisać wymagane informacje w oznaczonych polach.

Dane osobowe:

Imię i nazwisko : _____

Data urodzenia : __/__/____ **Wiek (w latach) :** ____

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania :

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: ____ - _____

Ulica: _____ **Nr budynku:** _____ **Nr mieszkania:** _____

Kraj: _____, **Województwo:** _____, **Powiat:** _____

Telefon : _____ **e-mail:** _____

Płeć

kobieta mężczyzna

Wykształcenie:

- niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)
- podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)
- gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)
- ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe)
- policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
- wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

Status osoby na rynku pracy w chwili wypełniania formularza:

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy, w tym osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy, w tym osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bierna zawodowo,

W tym Osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu

Osoba ucząca się

Inne

- Osoba pracująca to
- W tym pracująca w administracji rządowej
- pracująca w administracji samorządowej
 - pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - pracująca w MMSP
 - pracująca w organizacji pozarządowej
 - prowadząca działalność na własny rachunek
 - inne

Wykonywany zawód: _____

Miejsce pracy: _____
(nazwa i adres siedziby)

Status szczególny uczestnika projektu (dane wrażliwe)

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

- tak nie odmawiam podania danych

2. Osoba z niepełnosprawnościami

- tak nie odmawiam podania danych

(osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- tak nie odmawiam podania danych

4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)

- tak nie odmawiam podania danych

Sytuacja domowa

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej, nad którą Pan/Pani sprawuje opiekę :

Czy opiekując się osobą z rodziny w związku z ograniczonymi możliwościami wykonywania przez nią czynności dnia codziennego, musiał/a zrezygnować Pan/Pani z pracy lub nauki?

- tak nie

Oświadczenia kandydata/ki do projektu

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

Moim miejscem zamieszkania/pobierania nauki lub pracy jest:

Deklaruję przynależność do jednej lub kilku wskazanych poniżej grup (zaznaczyć właściwą/właściwe):

osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

W tym: osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi

osoby z innym niż wskazane powyżej rodzajem niepełnosprawności

osoby niesamodzielne, tj. osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego w związku z czym załączam zaświadczenie od lekarza oraz odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w związku z czym załączam zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

*Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca” i deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.

*Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

*Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

*Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

*Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym – Osoba Niesamodzielna są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

*W przypadku wskazania statusu osoby z niepełnosprawnością załącznikiem do Formularza Rekrutacyjnego – Opiekun Osoby Niesamodzielnej jest orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność, a w przypadku osoby bezrobotnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy – zaświadczenie z PUP.

_____ (miejscowość, data)

_____ (czytelny podpis)

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Data przyjęcia formularza: _____ Godzina: _____

_____ podpis osoby przyjmującej

*wszystkie druki dostępne są na stronach internetowych www.gsupomoc.pl i www.gsu-zdrowie.pl oraz w Poradni GSU Zdrowie w Rudzie Śląskiej ul. Ks. Ludwika Tunkla 112 a

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

