**Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Projekt pn. „Droga do samodzielności – kompleksowa opieka środowiskowa”**

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Wyłączenie społeczne, Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych -

Numer umowy: UDA- RPSL.09.02.06-24-054E/19

Beneficjent/Realizator Projektu: NZOZ „MEDICO” PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH I SPECJALISTÓW SP. Z O.O.

**UWAGA! Przed wypełnieniem niniejszego formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się
 z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”. Udział w projekcie jest bezpłatny pod warunkiem realizacji obowiązków wynikających z ww. Regulaminu.**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **Imię**  |  |
| **Nazwisko**  |  |
| **PESEL** (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Płeć** | * kobieta
 | * mężczyzna
 |
| **Adres zamieszkania** (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu) | Województwo: |
| Powiat: |
| Gmina: |
| Miejscowość: |
| Kod pocztowy:  |
| Ulica: |
| Numer budynku: |
| Numer lokalu: |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Telefon kontaktowy\*** |  |
| **Adres e-mail\*** |  |
| *\* Kandydat/Kandydatka jest zobowiązany/a do podania przynajmniej jednej formy kontaktu*  |
| **Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem „X”)** |
| Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującej się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniającej co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej – w oparciu o zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) |  |
| Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym – w oparciu o zaświadczenie właściwej instytucji lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) |  |
| Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, rodzina przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – w oparciu o zaświadczenie właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)  |  |
| Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich – w oparciu o zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopii postanowienia sądu; innego dokumentu potwierdzającego zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości |  |
| Osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty – w oparciu o zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/młodzieżowego/socjoterapii |  |
| Osoba z niepełnosprawnością – w oparciu o odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia  |  |
| Członka gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością – w oparciu o odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) |  |
| Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – w oparciu o zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań – w oparciu o zaświadczenie właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopię wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu, oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) |  |
| Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności – w oparciu o np. oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację |  |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 – w oparciu o oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą). |  |

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

1. Wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa” w projekcie pn. „Droga do samodzielności – kompleksowa opieka środowiskowa” (dalej: Regulamin) i akceptuję jego warunki.
3. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie i formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w projekcie: „Droga do samodzielności – kompleksowa opieka środowiskowa”.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu.
5. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mnie dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w projekcie: „Droga do samodzielności – kompleksowa opieka środowiskowa”.
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 zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie.
8. Niniejsze oświadczenia składam z świadomością o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, o której zostałem pouczony. 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, NZOZ MEDICO Praktyka Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów Sp. z o.o. 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 NZOZ MEDICO Praktyka Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów Sp. z o.o. o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w formularzu zgłoszeniowym.
11. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przeprowadzenie kwalifikacji do projektu, badania, zabiegów rehabilitacyjnych oraz czynności pielęgnacyjnych.
12. **Nie zataiłam/em, żadnych informacji dotyczących mojego statusu w momencie zgłoszenia do projektu.**

............................................... …………………..………..……………

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKSZTAŁCENIE** | **INFORMACJE DODATKOWE**(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X) |
| * **niższe niż podstawowe** **lub brak wykształcenia** *(brak formalnego wykształcenia)*
* **podstawowe** *(ukończona 6-letnia szkoła podstawowa)*
* **gimnazjalne** *(ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa)*
* **ponadgimnazjalne** *(ukończona szkoła średnia ogólnokształcąca lub technikum lub ukończona zasadnicza szkoła zawodowa)*
* **policealne** *(ukończona szkoła policealna)*
* **wyższe** *(ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie lub inżynierskie, magisterskie, doktoranckie)*
 | * **Osoba należąca do mniejszości narodowej, etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:**
* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
* **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania:**
* Nie
* Tak
* **Osoba z niepełnosprawnościami:**
* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
* **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej**
* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |

**STATUS NA RYNKU PRACY OSOBY KANDYDUJĄCEJ NA UCZESTNIKA PROGRAMU**

|  |
| --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X) |
| * **Osoba bezrobotna zarejestrowana** **w ewidencji Urzędu Pracy -** osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jestzarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna

w tym:* **długotrwale bezrobotna**(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
* **a**

*(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)* |
| * **Osoba bezrobotna niezarejestrowana** **w ewidencji Urzędu Pracy**

 (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)w tym:* **długotrwale bezrobotna**(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
* *osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej.)*
 |
| * **Osoba bierna zawodowo** (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)

w tym:* **Osoba ucząca się (w trybie dziennym)**

(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)* **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu**

(osoba, która nie uczy się ani nie szkoli)* **Inne**
 |
| * **Osoba pracująca** (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”)

Jestem zatrudniony/a w:.....................................................................................................*........................................................*(pełna nazwa zakładu pracy/prowadzonej działalności gospodarczej) |

|  |
| --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X) |
| * **Osoba pracująca:**
* osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* inne
* **Nie dotyczy –** osoba pozostająca bez pracy
 | * **Wykonywany zawód:**
* inny
* instruktor praktycznej nauki zawodu
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* rolnik
* **Nie dotyczy –** osoba pozostająca bez pracy
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **SYTUACJA (1) OSOBY W MOMENCIE ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X) | **SYTUACJA (2) OSOBY W MOMENCIE ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X) |
| * Inne
* Nie dotyczy
* Osoba kontynuuje zatrudnienie
* Osoba nabyła kompetencje
* Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie
* Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie
* Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek
* Osoba poszukująca pracy
* Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka
* Osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka
* Osoba uzyskała kwalifikacje
* Sytuacja w trakcie monitorowania
 | * Inne
* Nie dotyczy
* Osoba kontynuuje zatrudnienie
* Osoba nabyła kompetencje
* Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie
* Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie
* Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek
* Osoba poszukująca pracy
* Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka
* Osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka
* Osoba uzyskała kwalifikacje
* Sytuacja w trakcie monitorowania
 |

............................................... ………………..………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis

**DATA WPŁYWU** ……………………………

**WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU**

Wpisano na listę zgłoszeń pod numerem …………

 …………………………………………..

 Data, podpis przedstawiciela Zespołu Projektowego