Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP" dla osoby z zaburzeniami psychicznymi

FORMULARZ REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

……..……..……
(imię i nazwisko)

……..……..……
(numer PESEL)

wnioskuję o udział w projekcie
pn. „Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP"

realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji, i włączenia społecznego, Działanie 6.25 Wsparcie usług zdrowotnych - konkursy; typ projektu: A. Usługi w zakresie psychiatrii środowiskowej skierowanej do osób dorosłych, w tym w ramach CZP.

NR PROJEKTU: ***FEMP.06.25-IP.0199/25***

Formularz rekrutacji i uczestnictwa w projekcie "Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP"

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

Dane kandydata/kandydatki do udziału w projekcie
Imię: ……
Nazwisko: ……
Płeć: □ Kobieta □ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu: …..…….……
PESEL: ……..
Data urodzenia: ……...……
Obywatelstwo: ..……
Dane kontaktowe – Oświadczenie o miejscu zamieszkania
Miejscowość: …….…..
Ulica: ……..……
Nr domu: ……..……..… Nr lokalu:……..……
Kod pocztowy: …… Poczta:…..……
Gmina: …… Powiat:…….....
Województwo:……Kraj:…...……
miejsce nauki lub miejsce pracy (jeżeli miejsce zamieszkania inne niż powiat tarnowski lub miasto Tarnów):…….....……..... …….……
Telefon stacjonarny: ……
Telefon komórkowy: ……
Adres poczty elektronicznej (e-mail): ……

STATUS KANDYDATA/ KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE *(proszę zaznaczyć „x" przy właściwej odpowiedzi):*	
Wykształcenie: **Brak**	☐ Tak
Wykształcenie: **Podstawowe**	☐ Tak
Wykształcenie: **Gimnazjalne**	☐ Tak
Wykształcenie: **Ponadgimnazjalne**	☐ Tak
Wykształcenie: **Pomaturalne**	☐ Tak
Wykształcenie: **Wyższe**	☐ Tak

Jestem osobą z zaburzeniem psychicznymi (należy dołączyć dokumentację medyczną)	☐Tak ☐ Nie

Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej	☐Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Jestem osobą obcego pochodzenia	☐Tak ☐ Nie
Jestem osobą z państwa trzeciego	☐Tak ☐ Nie
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐Tak ☐ Nie
Jestem osobą niepełnosprawną	☐Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

Oświadczam, iż *(proszę zaznaczyć „x”):*	
1. Jestem osobą bezrobotną, w tym: □ długotrwale bezrobotną	□Tak □Nie
2. **Jestem osobą bierną zawodowo, w tym:** □ uczącą się/ odbywająca kształcenie □ nieuczestniczącą w kształceniu/ szkoleniu □ inne	□Tak □Nie
3. Jestem osobą pracującą, w tym: □ osoba prowadząca działalność na własny rachunek □ osoba pracująca w administracji rządowej □ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej □ osoba pracująca w MMŚP □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie □ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) □ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) □ osoba pracująca na uczelni □ osoba pracująca w instytucie naukowym □ osoba pracująca w instytucie badawczym □ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz □ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym □ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki □ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej □ inne	□Tak □Nie

Deklaruję chęć uczestnictwa w następujących formach wsparcia *(proszę zaznaczyć „x”)*:	
1. **Grupy wsparcia dla pacjentów**	□Tak □Nie
2. **Grupy wsparcia mieszane** *pacjenci wraz z osobami z otoczenia*	□Tak □Nie
3. **Transport** *Deklaruję trudności w samodzielnym dotarciu na daną formę wsparcia i/lub z powrotem*	□Tak □Nie
4. **Opieka zastępcza nad osobą zależną**	□Tak □Nie
5. **Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej** *należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*	□Tak □Nie
6. **Pomoc w dostępie do innych usług społecznych**	□Tak □Nie
7. **Uczestnictwo w zajęciach, warsztatach wspierających proces terapii** *malowanie, ceramika, rękodzieło, zajęcia kulinarne, zajęcia ogrodowe, zajęcia z szycia*	□Tak □Nie
8. **Uczestnictwo w zajęciach sportowych** (miejsce zajęć: Wierzchosławice)	□Tak □Nie
9. **Zgłaszam do udziału w projekcie osobę z otoczenia** *Należy dołączyć formularz dla zgłaszanej osoby*	□Tak □Nie

1. **Wstępna deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

   Ja, niżej podpisany/ podpisana wstępnie deklaruję dobrowolne uczestnictwo w projekcie „***Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP***" numer FEMP.06.25-IP.01-0199/25, realizowanym przez ***Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. ul. Szpitalna 1; 33-170 Tuchów*** współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. **Deklaracja zapoznania się z regulaminem:**

   Ja, niżej podpisany/ podpisana oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz zobowiązuje się do respektowania zawartych w nim postanowień.

3. **Oświadczenie o zgodności ww. danych z prawdą:**

   Uprzedzony/ uprzedzona o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować ***Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. ul. Szpitalna 1; 33-170 Tuchów*** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności wynikającej z Kodeksu Cywilnego o składaniu oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

4. **Oświadczenie o poinformowaniu o współfinansowaniu**

   Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt. „Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP" realizowany jest w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027.

5. **Oświadczenie o zapoznaniu się z obowiązkiem informacyjnym:**

   Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta projektu – Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o., z siedzibą w Tuchowie, ul. Szpitalna 1, dla potrzeb niezbędnych do

realizacji procesu rekrutacji do projektu pn. „Razem w Zdrowiu – Środowiskowa Psychiatria dla Dorosłych w CZP" (zgodnie Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

6. Oświadczenie o nieuczestniczeniu w innych projektach

Oświadczam, że nie uczestniczę w innym projekcie, który realizowany jest w tym samym czasie w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021–2027, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika/uczestniczki projektu

7. Do formularza dołączam:

- ☐ Dokumentację medyczną potwierdzającą zaburzenie psychiczne (obowiązkowo)
- ☐ Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach rekrutacyjnych (obowiązkowo)
- ☐ Zgoda na wykorzystanie wizerunku (obowiązkowo)
- ☐ Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)
- ☐ Formularz rekrutacyjny dla osoby z otoczenia (jeżeli dotyczy)

……	……
DATA	CZYTELNY PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU