



FORMULARZ REKRUTACYJNY

(prosimy wypełnić niniejszy dokument czytelnie, drukowanymi literami)

Przed rozpoczęciem wypełniania „Formularza rekrutacyjnego” prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji” dostępnym na www.sanitas-legionowo.pl/ddom lub w Biurze Projektu zlokalizowanym w Michałowie-Reginowie ul Akacyjowa 2.

Uwaga! W tabeli zawarte są m.in. informacje dotyczące danych wrażliwych. Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych, może skutkować brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz doprowadzić do niezakwalifikowania do udziałów projekcie czy braku możliwości uwzględnienia dodatkowych potrzeb osoby starającej się o udział w projekcie.

Tytuł Projektu: <i>Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew</i>													
Nr Projektu: <i>RPMA.09.02.02-14-d513/19</i>													
Oś priorytetowa IX Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem													
Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej													
Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych													
INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ													
Data przyjęcia formularza:													
Podpis osoby przyjmującej formularz:													
Numer formularza zgłoszeniowego:													
CZĘŚĆ I: DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)													
1.	Imiona				2.	Nazwisko							
3.	PESEL (w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)												
4.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu				5.	Płeć		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna					
6.	Wykształcenie				<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								



CZĘŚĆ II: DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)

7.	Kraj	POLSKA	8.	województwo	MAZOWIECKIE
9.	Powiat		10.	Gmina	
11.	Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski	12.	Kod pocztowy	
13.	Miejscowość		14.	Ulica	
15.	Numer domu		16.	Numer lokalu	
17.	Telefon kontaktowy		18.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA

19.	Imię		20.	Nazwisko	
21.	Stopień pokrewieństwa / relacja z Opiekunem				
22.	Telefon kontaktowy		23.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

CZĘŚĆ III: STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)

24.	Osoba z niepełnosprawnościami ¹	<input type="checkbox"/> TAK (jeśli tak, proszę dołączyć dokumenty potwierdzające) <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
25.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
26.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
27.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących ²	<input type="checkbox"/> TAK w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE

¹ W rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 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. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Osoby z niepełnosprawnościami mają pierwszeństwo w projekcie.

² Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje; wszyscy członkowie są albo bezrobotni albo bierni zawodowo



28.	Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
29.	Osoba samotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
30.	Osoba z ograniczonym dostępem do usług medycznych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
31.	Osoba nie mająca możliwości korzystania z transportu zbiorowego ze względu na jego niedostosowanie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
32.	Osoba z ograniczonym dostępem do informacji i/lub kultury	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
33.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż powyżej) ³	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
CZĘŚĆ IV: STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI) NA RYNKU PRACY		
34.	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy ⁴	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna ⁵ <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
35.	Osoba bierna zawodowo ⁶	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się (w trybie dziennym) <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
36.	Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracujące w MMŚP <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód Zatrudniony w <i>(nazwa instytucji / przedsiębiorstwa oraz adres)</i> <input type="checkbox"/> NIE

³ Np.: byli więźniowie, narkomani, osoby z obszarów wiejskich zgodnie ze stopniem urbanizacji (DEGURBA kategoria 3)

⁴ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze UP jako bezrobotna

⁵ Osoba poniżej 25 lat przez okres dłuższy 6 m-cy, osoba 25+ przez okres dłuższy 12 m-cy

⁶ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, zarejestrowana w rejestrze UP jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.



37.	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
-----	------------------	---

CZĘŚĆ V: SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA / KANDYDATKI)

38.	Jakie usługi dostępnościowe musimy zapewnić żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo?	<input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego <input type="checkbox"/> asystent <input type="checkbox"/> pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> nie potrzebuję usług dostępnościowych <input type="checkbox"/> inne:
39.	Czy potrzebuje Pan/Pani transportu z miejsca zamieszkania do DDOM Michałów-Reginów i z powrotem?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ VI: KRYTERIA REKRUTACYJNE

40.	Czy jestem osobą niesamodzielną (ocena wg skali Barthel ⁷ 40-65 punktów)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
41.	Czy mieszkam na terenie województwa mazowieckiego?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
42.	Czy mam 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 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
43.	Czy jestem osobą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji:	<input type="checkbox"/> TAK (daty hospitalizacji:) <input type="checkbox"/> NIE
44.	Czy jestem osobą, u której występuje ryzyko	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁷ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych



	hospitalizowania w najbliższym czasie	
45.	Czy jestem osobą, której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego?	<input type="checkbox"/> TAK (data otrzymanego świadczenia:) <input type="checkbox"/> NIE
46.	Czy korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (np. świadczenia pielęgnarskie w opiece długoterminowej w domu), opieki paliatywnej i hospicyjnej (np. hospicjum domowe) oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych?	<input type="checkbox"/> NIE KORZYSTAM <input type="checkbox"/> KORZYSTAM
47.	Czy korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień?	<input type="checkbox"/> NIE KORZYSTAM <input type="checkbox"/> KORZYSTAM
48.	Czy korzystam ze wsparcia w analogicznym projekcie, o podobnym charakterze, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego?	<input type="checkbox"/> NIE KORZYSTAM <input type="checkbox"/> KORZYSTAM

CZĘŚĆ VI: OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA / KANDYDATKI)

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie pt. „*Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew*” zawartymi w Regulaminie rekrutacyjnym i Regulaminie organizacyjnym, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminów, spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone ww. Regulaminie
2. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że:
 - projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, (Oś priorytetowa IX *Wspieranie wyłączenia społecznego i walka z ubóstwem*, Działanie 9.2 *Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*, Poddziałanie 9.2.2 *Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych*),
 - projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „*Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew*” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie:



- mam 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 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.),
 - zamieszkuje w powiecie legionowskim,
 - nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (np. świadczenia pielęgnarskie w opiece długoterminowej w domu), opieki paliatywnej i hospicyjnej (np. hospicjum domowe) oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
 - nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
5. W przypadku zakwalifikowania do projektu, w okresie jego realizacji, nie będę uczestniczyć analogicznym projekcie, o podobnym charakterze, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
 6. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/wnosiła żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu – NZOZ SANITAS SP.ZO.O. ul. Akacyjowa 2, 05-119 Michałów – Reginów.
 7. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości przyszłego wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym.
 8. Zobowiązuję się do przedstawienia na etapie rekrutacji do wglądu dokumentu potwierdzającego moją tożsamość, jak również dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów kwalifikowalności do udziału w Projekcie.
 9. Wypełnienie i złożenie niniejszego formularza stanowi zgodę na przetwarzanie zawartych powyżej oraz w załącznikach do Formularza Rekrutacyjnego danych osobowych, zgodnie z przepisami z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.U.E.L.119.1), dalej „RODO” lub Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych przez NZOZ SANITAS SP.ZO.O. ul. Akacyjowa 2, 05-119 Michałów – Reginów do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do Projektu pt. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w gminie Wieliszew”.
 10. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym i załącznikach do Formularza Rekrutacyjnego są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki



ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO	
Załącznik nr 1 Skierowanie do Dziennego domu opieki medycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 2 Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego domu opieki medycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 3 Kopia wypisu / karty informacyjnej / inny równoważny dokument ze szpitala	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 4 Oświadczenie uczestnika projektu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 5 Oświadczenie rodziny / opiekuna osoby niesamodzielnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 6 Zgoda i zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu transportu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Załącznik nr 7 Zaświadczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ	
Czy kandydat/kandydatka kwalifikuje się do udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Data zakończenia udziału w projekcie:	
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z planowaną ścieżką uczestnictwa:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE, powód
Podpis Kierownika Projektu:	