

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Wniosek rekrutacyjny o zakwalifikowanie do wzięcia udziału w projekcie

„Aktywizacja zawodowa poprzez zapewnienie właściwej rehabilitacji dla osób z chorobami układu krążenia zamieszkałymi w województwie śląskim”

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (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

Numer projektu: WND-RPSL.08.03.02-24-02ED/19-006 Beneficjent/Realizator Projektu:
HOSPICJUM SOSNOWIECKIE IM ŚW. TOMASZA AP, Miejsce realizacji projektu: SOSNOWIEC,
UL. MJR HENRYKA HUBALA-DOBRZAŃSKIEGO 131

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 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU											
Imię											
Nazwisko											
PESEL (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Wiek											
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										

Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe lub brak wykształcenia (<i>brak formalnego wykształcenia</i>) <input type="checkbox"/> podstawowe (<i>ukończona 6-letnia szkoła podstawowa</i>) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (<i>ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa</i>) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (<i>ukończona szkoła średnia ogólnokształcąca lub technikum lub ukończona zasadnicza szkoła zawodowa</i>) <input type="checkbox"/> policealne (<i>ukończona szkoła policealna</i>) <input type="checkbox"/> wyższe (<i>ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie lub inżynierskie, magisterskie, doktoranckie</i>)
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 NA RYNKU PRACY OSOBY KANDYDUJĄCEJ NA UCZESTNIKA PROGRAMU
Ocena spełnienia poszczególnych kryteriów następuje poprzez potwierdzenie/weryfikację statusu

STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)

- 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/pracodawcy/prowadzonej działalności gospodarczej)

Czy deklaruje Pan/i gotowość do podjęcia zatrudnienia (dotyczy osób nieaktywnych zawodowo)?

- Tak
 Nie

Pozostałe kryteria wyłączenia:

ROZPOZNANE CHOROBY (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)		
Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I20 – Dusznicza bolesna)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy przebył Pan/i ostry zawał serca (ICD-10: I21)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I24 – Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I25 – Przewlekła choroba niedokrwienne serca)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I50 – Niewydolność serca)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy korzystał/a Pan/i 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
Czy był Pan/i hospitalizowany/na z powodu choroby niedokrwiennej serca (ICD 10:I20, I21, I24, I25) lub niewydolności serca (wg ICD 10:I50) lub po zabiegach rewaskularyzacji przezskórnej lub chirurgicznej tętnic wieńcowych w okresie co najmniej dwóch lat przed zgłoszeniem się do programu. (Konieczne będzie okazanie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOKUMENTY POŚWIADCZAJĄCE ROZPOZNANIE DOŁĄCZONE DO NINIEJSZEGO FORMULARZA

Kwalifikowani są tylko pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem
(właściwą odpowiedzią zaznaczyć znakiem X)

Karta wypisowa ze szpitala	<input type="checkbox"/>
Skierowanie od lekarza POZ/specjalisty	<input type="checkbox"/>
Inne dokumenty– wypisać jakie

DANE OSOBY TOWARZYSZĄCEJ Z RODZINY – która będzie uczestniczyć wspólnie z pacjentem w zajęciach edukacji zdrowotnej

Imię																					
Nazwisko																					
PESEL (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Wiek																					
Telefon kontaktowy																					

DANE OSOBY REZERWOWEJ TOWARZYSZĄCEJ Z RODZINY W PRZYPADKU NIEOBECNOŚCI PIERWSZEJ OSOBY WSKAZANEJ POWYŻEJ – będzie uczestniczyć wspólnie z pacjentem w zajęciach edukacji zdrowotnej

Imię																					
Nazwisko																					
PESEL (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Wiek																					
Telefon kontaktowy																					

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

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 „Aktywizacja zawodowa poprzez zapewnienie właściwej rehabilitacji dla osób z chorobami układu krążenia zamieszkałymi w województwie śląskim” i akceptuję jego warunki.
3. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie i Formularzu jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w projekcie „Aktywizacja zawodowa poprzez zapewnienie właściwej rehabilitacji dla osób z chorobami układu krążenia zamieszkałymi w województwie śląskim”.
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 „Aktywizacja zawodowa poprzez zapewnienie właściwej rehabilitacji dla osób z chorobami układu krążenia zamieszkałymi w województwie śląskim”.
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, Hospicjum Sosnowieckie im Św. Tomasza Ap. będzie miało 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 Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU

Wpisano na listę zgłoszeń pod numerem

.....
Data, podpis Koordynatora projektu