

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO REGULAMINU

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Rozwój usług zdrowotnych na terenie powiatu pszczyńskiego”

Prosimy uzupełnić czytelnie drukowanymi literami lub komputerowo, wstawić znak „x” w wybrane pola.

Zakres zgodnie z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470):

WSPARCIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	
	6	Nazwa Instytucji	
	7	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	8	Data urodzenia	
	9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	10	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	11	Kraj	
	12	Województwo	
	13	Powiat	
	14	Gmina	
	15	Miejscowość	
	16	Ulica	
	17	Nr budynku	

Projekt „Rozwój usług zdrowotnych na terenie powiatu pszczyńskiego” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Hospicjum św. Ojca Pio, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 43-200 Pszczyna, KRS: 0000130935, NIP: 6381523665, tel/fax: 32 738-62-62, www.hospicjumojcapio.pless.pl, email: pio@hospicjumojcapio.pless.pl

	18	Nr lokalu	
	19	Kod pocztowy	
	20	Telefon kontaktowy	
	21	Adres e-mail	
Szczegóły – status osoby na rynku pracy	22	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód:, zatrudniona w:.....	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	23	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
	24	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
	25	Osoba z niepełnosprawnościami	
	26	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	
	27	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	

Proszę podać: dochód przekracza / nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

O szczegółowym zakresie wsparcia zadecyduje zespół opieki, po zakwalifikowaniu się Uczestnika do projektu

1. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y że projekt „Rozwój usług zdrowotnych na terenie powiatu pszczyńskiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do udziału w projekcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
5. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem**, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu i działalności Hospicjum Św. Ojca Pio.
6. Deklaruję, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie „Rozwój usług zdrowotnych na terenie powiatu pszczyńskiego” .
7. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie: Pani/Pan:

.....
będąca/będący dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem * :

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Uczestnika)

WSPARCIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Prosimy o wypełnienie poniższych danych opiekuna faktycznego.

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	
	6	Nazwa Instytucji	
	7	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	8	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	9	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	10	Województwo	
	11	Powiat	
	12	Gmina	
	13	Miejscowość	
	14	Ulica	
	15	Nr budynku	
	16	Nr lokalu	
	17	Kod pocztowy	
	18	Telefon kontaktowy	
	19	Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna faktycznego	
	20	Adres e-mail	
Szczegóły – status osoby na rynku pracy	21	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w	

		<p>ewidencji urzędów pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód:,</p> <p>zatrudniona w:.....</p>	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	22	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
	23	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
	24	Osoba z niepełnosprawnościami	
	25	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	
	26	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	

1. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y że projekt „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do udziału w projekcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.

Projekt „Rozwój usług zdrowotnych na terenie powiatu pszczyńskiego” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Hospicjum św. Ojca Pio, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 43-200 Pszczyna, KRS: 0000130935, NIP: 6381523665, tel/fax: 32 738-62-62, www.hospicjumojcapiio.pless.pl, email: pio@hospicjumojcapiio.pless.pl

5. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem**, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu i działalności Hospicjum Św. Ojca Pio.

6. Deklaruję iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” .

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Opiekuna faktycznego)