

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Tytuł projektu  | „ <b>Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca</b> ”                 |
| Nr umowy        | UDA-RPSL.09.02.06-24-05ED/18-00  |
| Oś priorytetowa | IX. Włączenie społeczne  |
| Działanie       | 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne                             |
| Poddziałanie    | 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs   |
| Beneficjent     | GSU POMOC GÓRNICZY KLUB UBEZPIECZONYCH S.A.<br>ul. Jana Pawła II 2, 44-100 Gliwice |

Proszę zakreślić odpowiedź znakiem **x** oraz wpisać wymagane informacje w oznaczonych polach.

**Dane osobowe:**

**Imię i nazwisko :** \_\_\_\_\_

**Data urodzenia :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Wiek ( w latach ) :** \_\_\_\_

**PESEL:**

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

**Adres zamieszkania :**

**Miejscowość:** \_\_\_\_\_

**Kod pocztowy:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Ulica:** \_\_\_\_\_ **Nr budynku:** \_\_\_\_\_ **Nr mieszkania:** \_\_\_\_\_

**Kraj:** \_\_\_\_\_, **Województwo:** \_\_\_\_\_, **Powiat:** \_\_\_\_\_

**Telefon :** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**Płeć**

kobieta  mężczyzna

**Wykształcenie:**

- niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)  
 podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)  
 gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)  
 ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe)  
 policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  
 wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

**Status osoby na rynku pracy w chwili wypełniania formularza:**

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,  
w tym  osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,  
w tym  osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bierna zawodowo,

W tym  Osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu

Osoba ucząca się

Inne

- Osoba pracująca to
- W tym  pracująca w administracji rządowej
- pracująca w administracji samorządowej
  - pracująca w dużym przedsiębiorstwie
  - pracująca w MMSP
  - pracująca w organizacji pozarządowej
  - prowadząca działalność na własny rachunek
  - inne

**Wykonywany zawód:** \_\_\_\_\_

**Miejsce pracy:** \_\_\_\_\_  
(nazwa i adres siedziby)

**Status szczególny uczestnika projektu** ( dane wrażliwe )

**1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**

tak  nie  odmawiam podania danych

**2. Osoba z niepełnosprawnościami**

tak  nie  odmawiam podania danych

( osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z. 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

**3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**

tak  nie  odmawiam podania danych

**4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)**

tak  nie  odmawiam podania danych

**Sytuacja domowa**

Czy opiekuje się Panią/Panem osoba spokrewniona lub niespokrewniona?

- tak \_\_\_\_\_  
( imię i nazwisko opiekuna faktycznego)
- nie

**Oświadczenia kandydata/ki do projektu**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

**Moim miejscem zamieszkania/pobierania nauki lub pracy jest:** \_\_\_\_\_

**Deklaruję przynależność do jednej lub kilku wskazanych poniżej grup (zaznaczyć właściwą/właściwe):**

osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

W tym:  osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

osoby z innym niż wskazane powyżej rodzajem niepełnosprawności

osoby niesamodzielne, tj. osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego w związku z czym załączam zaświadczenie od lekarza oraz odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w związku z czym załączam zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

\*Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca” i deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.

\*Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

\*Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

\*Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

\*Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym – Osoba Niesamodzielna są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

\*W przypadku wskazania statusu osoby z niepełnosprawnością załącznikiem do Formularza Rekrutacyjnego – Osoba Niesamodzielna jest orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność.

\_\_\_\_\_

(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_

(podpis)

### **Wymagane załączniki:**

- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia
- Inne wymagane zgodnie z Regulaminem projektu dokumenty (jeśli dotyczą)

### **WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU**

Data przyjęcia formularza: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis osoby przyjmującej

\*wszystkie druki dostępne są na stronach internetowych [www.gsupomoc.pl](http://www.gsupomoc.pl) i [www.gsu-zdrowie.pl](http://www.gsu-zdrowie.pl) oraz w Poradni GSU Zdrowie w Rudzie Śląskiej ul. Ks. Ludwika Tunkla 112 a