

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
„TUTMED ZDROWIE SANOK”**

*Projekt realizowany przez Ośrodek Rehabilitacji Ruchowej TUTMED Anna Tutak-Walas
w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych
RPO WP na lata 2014-2020*

<i>Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:</i>	
Data wpływu formularza:
Numer formularza rekrutacyjnego DDOM

**CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU
(KANDYDATA)**

1. Nazwisko i imię										
2. Data urodzenia										
3. Pesel										
4. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna				
5. Adres zamieszkania										
Ulica/miejscowość/nr domu/nr lokalu										
Kod pocztowy/poczta/gmina										
Powiat/Województwo										
6. Telefon kontaktowy										
7. Adres e-mail										
8. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe									

CZĘŚĆ II: OŚWIADCZENIA KANDYDATA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW FORMALNYCH W PROJEKCIE NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA

Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- Oświadczam, że **jestem/nie jestem*** osobą niesamodzielną (przez osobę niesamodzielną należy rozumieć - osobę, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę m.in. czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu.)
- Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu sanockiego, w województwie podkarpackim.
- Oświadczam, że posiadam 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
- Oświadczam, że nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i/lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej i/lub rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych.
- Oświadczam, że podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach projektu nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

CZĘŚĆ III: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
Osoba bierna zawodowo [osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne (np. emeryt, rencista).	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna [młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (<i>do 49 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>powyżej 250 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny
Proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODP.	

JAKIE USŁUGI DOSTĘPNOŚCIOWE MUSIMY ZAPEWNIĆ ŻEBY PAN/PANI CZUŁ/A SIĘ KOMFORTOWO?	
<input type="checkbox"/> Tłumacz polskiego 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

CZĘŚĆ IV.: OŚWIADCZENIA DODATKOWE

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „TUTMED ZDROWIE SANOK”, realizowanym przez Ośrodek Rehabilitacji Ruchowej TUTMED Anna Tutak-Walas, ul. Przemyska 24, 38-500 Sanok, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 -2020, Oś priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.
2. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie pt. „TUTMED” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu, spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone ww. Regulaminie.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych powyżej 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.UE.L.119.1), dalej „RODO” lub Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych przez Ośrodek Rehabilitacji Ruchowej TUTMED Anna Tutak-Walas ul. Architektów 11/U4, 35-082 Rzeszów, do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji oraz realizacji projektu „TUTMED ZDROWIE SANOK”.
4. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
 - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane, jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
5. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, (VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych),
6. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „TUTMED ZDROWIE SANOK” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
7. 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 – Ośrodka Rehabilitacji Ruchowej TUTMED Anna Tutak-Walas.
8. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości przyszłego wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym.
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
10. **Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym i załącznikach do Formularza rekrutacyjnego są zgodne z prawdą.**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Załączniki:

1. Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej
2. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do dziennego domu opieki medycznej