

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Opatowie”
(proszę wypełnić tylko białe pola)

Nazwisko i Imię (imiona)			
PESEL		Data urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	
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
Adres zamieszkania (Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu):	Ulica		
	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość		
	Kod pocztowy	Gmina	
	Powiat	Województwo	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (prosimy o odniesienie się do każdego punktu)			
Jestem osobą niesamodzielną zgodnie z definicją przedstawioną w Regulaminie a mój stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką Podstawowej opieki medycznej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), a jednocześnie nie wymagam całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym oraz w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymałem/-am 40-65 punktów.		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Jestem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a mój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnosci oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielną		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Występuje u mnie ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
W okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone mi zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych <i>lub</i> Nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień .		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Aktualnie nie korzystam z tego samego typu wsparcia (dzienny dom opieki medycznej) w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego		<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
INFORMACJE DODATKOWE			
<i>Odmowa podania informacji nie dyskwalifikuje Kandydata z udziału w projekcie, może jednak ograniczyć liczbę punktów do uzyskania w rekrutacji</i>			
OŚWIADCZENIE O KRYTERIUM DOCHODOWYM			
Ja niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód przekracza / nie przekracza* 150% kryterium dochodowego pomocy społecznej. *Niepotrzebne skreślić			
<u>Informacja dodatkowa:</u>			
Kryterium dochodowe, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, wynosi na osobę samotnie gospodarującą – 701,00 zł, a na osobę w rodzinie 528,00 zł.			
Tym samym <u>150% kryterium dochodowego</u> wynosi odpowiednio 1051,50 zł na osobę w przypadku osób samotnie gospodarujących oraz 792,00 zł na osobę w przypadku osób zamieszkujących z innymi członkami rodziny.			

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne		
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne		
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		
<input type="checkbox"/> osoba pracująca	w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <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 Wykonywany zawód: Nazwa pracodawcy:		
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (prosimy o odniesienie się do każdego punktu)			
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Tak
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Tak
Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Tak
OŚWIADCZENIA:			
<p>Ja niżej podpisany/a, pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Opatowie”, realizowanym Szpital Św. Leona sp. z o.o. w Opatowie, na podstawie umowy zawartej z Województwem Świętokrzyskim z siedzibą w Kielcach. Zostałem/-am uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i oświadczam, że informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą. Oświadczam, że zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego DDOM dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję jego warunki. Jednocześnie oświadczam, że spełniam wymogi kwalifikacyjne przewidziane w w/w Regulaminie Zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.). Jestem świadomy/-a, iż złożenie zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w formularzu przez Szpital Św. Leona sp. z o.o. w celu realizacji procesu rekrutacji do projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Opatowie”. Dane podaję dobrowolnie, wiedząc że przysługuje mi prawo wglądu i ich edycji. 			
..... Miejscowość, data	 Czytelny podpis	