

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ – SKĘPE/LIPNO*

„CENTRUM KOORDYNACJI OPIEKI MEDYCZNEJ NA OBSZARZE SUBREGIONU WŁOCŁAWSKIEGO”

Numer projektu RPKP.09.03.01-04-0004/19

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Data urodzenia	
WIEK w chwili przystąpienia do projektu	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
DANE KONTAKTOWE	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
Numer telefonu kontaktowego	

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.



Adres e-mail	
DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/relacja z opiekunem	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE	
WYKSZTAŁCENIE (proszę zaznaczyć właściwe)	☐ wyższe ☐ policealne ☐ ponadgimnazjalne ☐ gimnazjalne ☐ podstawowe ☐ niższe niż podstawowe
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: (proszę zaznaczyć właściwe)	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba bierna zawodowo ucząca się ☐ osoba bierna zawodowo nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba pracująca: Nazwa i adres zakładu pracy: Wykonywany zawód: ☐ żadna z powyższych

STATUS UCZESTNIKA (proszę wybrać właściwą odpowiedź)	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba z niepełnosprawnością	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI



Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej innej niż wymienione powyżej (były więzień, narkoman, osoba z obszarów wiejskich)

- ☐ TAK
- ☐ NIE
- ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie pn. „Centrum Koordynacji Opieki Medycznej na obszarze subregionu włocławskiego” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, które zostały zawarte w „Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie” i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego i wyrażam zgodę na udział w ww. projekcie w przypadku zakwalifikowania mojej kandydatury do Projektu.
- Zostałam/zostałem poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
- Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie pn. „Centrum Koordynacji Opieki Medycznej na obszarze subregionu włocławskiego” a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie w przypadku zmiany jakichkolwiek danych zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Beneficjenta projektu.
- Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do projektu, w okresie jego realizacji, nie będę uczestniczyć w innym analogicznym projekcie, o podobnym charakterze, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że 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.
- Oświadczam, że nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
- Oświadczam, że mam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

Do formularza załączam:

1. Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu).
2. Kartę oceny stanu klinicznego sporządzoną według skali Barthel.
3. Kopię karty informacyjnej/ wypisu ze szpitala nie starszą niż 12 miesięcy przed datą przystąpienia do projektu. (Dotyczy wyłącznie kandydatów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym).

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata/opiekuna

WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE CZŁONEK RODZINY/OPIEKUN OSOBY NIESAMODZIELNEJ.

Oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą niesamodzielną, której dane wskazałem w niniejszym formularzu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis członka rodziny/kandydata

WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
Data i godzina wpływu formularza zgłoszeniowego

.....
Podpis osoby przyjmującej i weryfikującej
formularz zgłoszeniowy