

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

NAZWA BENEFICJENTA:
Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem
TYTUŁ PROJEKTU:
Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu w Szpitalu Powiatowym im dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem
NR PROJEKTU:
FEMP.06.08-IP.02-0444/24

DANE UCZESTNIKA										
IMIĘ										
NAZWISKO										
PESEL/INNY IDENTYFIKATOR										
PŁEĆ	MĘŻCZYZNA		KOBIETA		WIEK (w chwili przystąpienia do projektu)					
WYKSZTAŁCENIE:	PODSTAWOWE (szkoła podstawowa, gimnazjum)									
	PONADGIMNAZJALNE (osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)									
	WYŻSZE (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)									

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR BUDYNKU	

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU					
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE	
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE	
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, temkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE	
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	TAK			NIE	
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK			NIE	
Jakie ma Pan/i potrzeby w związku z posiadaną niepełnosprawnością? W przypadku odpowiedzi TAK proszę wybrać formę wsparcia	<input type="checkbox"/> TAK: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> dostępność architektoniczna (windy, pochylnia..) <input type="checkbox"/> obecność osoby towarzyszącej/asystenta <input type="checkbox"/> przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych <input type="checkbox"/> pętla indukcyjna <input type="checkbox"/> tłumacz <input type="checkbox"/> inne:				

SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)	
OSOBA BEZROBOTNA - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia	
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego
OSOBA PRACUJĄCA	
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ
W TYM	INNE

KRYTERIA PREMIUJĄCE				
JESTEM OSOBĄ W WIEKU 40-59 LAT	TAK		NIE	
POSIADAM ZALECENIA LEKARSKIE W ZAKRESIE KONTYNUACJI LECZENIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO PO PRZEBYTYM URAZIE/ ZABIEGU ORTOPEDYCZNYM	TAK		NIE	

JESTEM OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA DOJAZDU DO MIEJSCA ŚWIADCZENIA USŁUG Zobowiązuję się do przedłożenia biletów komunikacji publicznej potwierdzających poniesione koszty dojazdu na rehabilitację				
JESTEM OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA OPIEKI NAD OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” w informacjach dodatkowych proszę wskazać imię i nazwisko osoby/ osób, które zostaną objęte wsparciem opieki na czas niezbędnych do realizacji usług rehabilitacyjnych i edukacyjnych oraz stopień pokrewieństwa z uczestnikiem projektu	TAK		NIE	
JESTEM MIESZKANKĄ/ MIESZKAŃCEM POWIATU TATRZAŃSKIEGO	TAK		NIE	
PŁEĆ UCZESTNIKA- KOBIETA	TAK		NIE	

INFORMACJE DODATKOWE
OŚWIADCZENIA
<ol style="list-style-type: none"> Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach zaistniałych w moich danych osobowych. Zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027. Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu w Szpitalu Powiatowym im dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem” oraz akceptuję zawarte w nim warunki. Oświadczam, iż zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu tatrzańskiego lub nowotarskiego Oświadczam, że jestem osobą której stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. Wyrażam zgodę i chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu w Szpitalu Powiatowym im dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem”

.....

Data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

