**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Projekt pn.** „**Lepsze dzisiaj! Realizacja założeń Regionalnego programu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w województwie śląskim”**

**Nr projektu: WND-RPSL.08.03.02-24-039H/19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Nazwa** | **Dane Kandydata/ki** | | | | | | | | | | | |
| **I** | **Dane podstawowe** | Imię (imiona) |  | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | |
| Płeć[[1]](#footnote-1) | Kobieta Mężczyzna | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie[[2]](#footnote-2) | brak  podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej - wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)  pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | | | |
| **II** | **Adres zamieszkania[[3]](#footnote-3)** | Ulica |  | | | | | | | | | | | |
| Nr domu/nr lokalu |  | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | | |
| **III** | **Dane kontaktowe** | Telefon stacjonarny lub komórkowy |  | | | | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |  | | | | | | | | | | | |
| **IV** | **Status – Uczestnika/-czki** | | **TAK** | | | | | **NIE** | | | | | | |
| KOBIETY Jestem osobą w grupie wiekowej 18 -59  ***(dotyczy pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach projektu)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| MĘŻCZYŹNI - Jestem osobą w grupie wiekowej 18 – 64  ***(dotyczy pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach projektu)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| *Jestem osobą z rozpoznaniem w wywiadzie zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem alkoholu (zespół uzależnienia; F10.2), substancji uspokajających i nasennych (zespół uzależnienia; F.13.2) oraz wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (zespół uzależnienia; F19.2) oraz zakończyłem podstawowy cykl leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnej*  ***(należy okazać dokumentację medyczną)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| *Oświadczam, że aktywnie nie zażywam substancji psychoaktywnych* ***(kryterium wyłączeniu z udziału w projekcie)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| *Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji zaplanowanych w programie, np. ciężka depresja, znaczne otępienie, zaburzenia psychotyczne, upośledzenie umysłowe.*  ***(kryterium wyłączeniu z udziału w projekcie)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| Oświadczam, że nie korzystam ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia; z powodu ww. jednostek chorobowych w momencie zgłoszenia się do Programu (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu, np. oświadczenie pacjenta).  ***(kryterium wyłączeniu z udziału w projekcie)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| Oświadczam, że w stosunku do mojej osoby nie zostało wydane oświadczenie o trwałej niezdolności do pracy | |  | | | | |  | | | | | | |
| **Nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS u innego Beneficjenta.** | |  | | | | |  | | | | | | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami  ***(przysługuje prawo do odmowy podania informacji)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osobą obcego pochodzenia  ***(przysługuje prawo do odmowy podania informacji)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |  | | | | |  | | | | | | |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  ***(przysługuje prawo do odmowy podania informacji)*** | |  | | | | |  | | | | | | |
| **V** | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  ***(proszę zaznaczyć właściwe pole)*** | | **[ ] osoba pracująca – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Miejsce Pracy …………………………………………………………………………………..  Zawód ………………………………………………………………………………………………  **[ ] osoba bierna zawodowo – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Osoba ucząca się - TAK / NIE  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu - TAK / NIE  Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia …………………..  **[ ] osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIE  Inne - TAK / NIE  **[ ] osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**  Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIE  Inne - TAK / NIE | | | | | | | | | | | |
| **VI** | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  ***(dotyczy osób bezrobotnych – zaznaczenie pola warunkuje możliwość uczestnictwa w projekcie )*** | | **[ ] deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia** | | | | | | | | | | | |

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.**

|  |
| --- |
| ……………………………………………………… |
| *DATA I CZYTELNY PODPIS  UCZESTNIKA PROJEKTU* |

1. Należy zaznaczyć właściwy [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy zaznacz właściwy [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z Rozdział II **Art. 25. Kodeksy Cywilnego**  „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-3)