**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 / NIEOsoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu - TAK / NIEPlanowana 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 / NIEInne - TAK / NIE**[ ] osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy należy wypełnić poniższe pola:**Osoba długotrwale bezrobotna - TAK / NIEInne - 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)