

Projekt "Przychodnia z sercem" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

.....  
Data wpływu (uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

**Kod kandydatki /kandydata:** .....  
(uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

<b>Tytuł projektu</b>	„Przychodnia z sercem”		
<b>Nr projektu</b>	Oś: IX Włączenie społeczne; Działanie: IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym; Poddziałanie: IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne- ZIT		
<b>Dane kandydatki / kandydata</b>			
<b>Osoba niesamodzielna</b> <input type="checkbox"/>		<b>Opiekun faktyczny</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Dane podstawowe</b>	Imię (imiona)		
	Nazwisko		
	Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M
	Data urodzenia		
	PESEL		
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
<b>Adres zamieszkania</b>	Ulica		
	Nr domu		Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy

Projekt "Przychodnia z sercem" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	Powiat	<input type="checkbox"/> Miasto Łódź <input type="checkbox"/> Powiat zgierski <input type="checkbox"/> Powiat łódzki wschodni <input type="checkbox"/> Powiat brzeziński <input type="checkbox"/> Powiat pabianicki		
<b>Adres do korespondencji (w przypadku gdy jest inny aniżeli zamieszkania):</b>	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Miejscowość		Kod pocztowy	
<b>Dane kontaktowe:</b>	Telefon			
	E-mail			
<b>Wykształcenie</b>	Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED 2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)		
<b>Stan zdrowia w przypadku osoby niesamodzielnej (proszę opisać sytuację zdrowotną)</b>				
<b>Status kandydatki /kandydata</b>				
<b>Status na rynku pracy (definicje według Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy)</b>	<b>Osoba bezrobotna</b> czyli pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Jest to osoba zarejestrowana jako bezrobotna zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Projekt "Przychodnia z sercem" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	<p><b>w tym długotrwale bezrobotna:</b> - młodzież (&lt;25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (&gt;6 miesięcy), - dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (&gt;12 miesięcy).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p><b>Osoba bierna zawodowa</b> to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p><b>Osoba pracująca</b> to osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Sytuacja kandydatki/ta	<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p>Jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia, przynależę do mniejszości (w tym mniejszości narodowej i etnicznej). Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. (Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Projekt "Przychodnia z sercem" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

<p>Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących. (Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Żyję w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Znajduję się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp.</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

### OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (jednolity tekst: Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Zdrowia Sp. z o.o. Sp. k. dla potrzeb procesu rekrutacji i realizacji projektu „Przychodnia z sercem” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
- Oświadczam, że zapoznałam(em) się z regulaminem rekrutacji i akceptuję jego postanowienia.
- Zostałam(em) poinformowana(y), że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Data i podpis kandydatki/kandydata

**Potwierdzenie złożenia dokumentów niezbędnych na etapie prowadzonej rekrutacji (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie):**

Lp.	Rodzaj dokumentu	Potwierdzenie dostarczenia
1.	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument równoważny	
2.	zaświadczenie o stanie zdrowia	
3.	skierowanie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do objęcia długoterminową opieką	
4.	karta oceny wg skali opartej na skali Barthel	
5.	oświadczenie o nie korzystaniu z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z EFS w ramach RPO WŁ 2014-2020,	
6.	inne dokumenty potwierdzające skorzystanie z usługi	



Fundusze  
Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Przychodnia z sercem" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	zdrowotnej np.: dokumentacja pielęgniarska, lekarska, karty wizyt, itp.	
	zaświadczenie/oświadczenie o dochodach	
7.	wypis szpitalny dotyczący osób, które w okresie ostatnich 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu korzystał/a ze świadczenia zdrowotnego w zakresie leczenia szpitalnego	

Data i podpis przyjmującego zgłoszenie