*Załącznik 3*

*do Regulaminu Miejskiego Ośrodka Opieki*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Niniejszym zgłaszam Pana/Panią:

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………. |

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy (kandydata na uczestnika projektu)

do Dziennego Domu Opieki Medycznej prowadzonego przez Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie w ramach utrzymania projektu pt. *Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie.* Projekt do 31 maja 2018 r. był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. W okresie trwałości tj. od 1 czerwca 2018 r. środki na realizację programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” pochodzą z dotacji udzielonej przez Gminę Miejską Kraków w trybie programu polityki zdrowotnej.

1. **Dane świadczeniobiorcy (kandydata na uczestnika projektu)**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Płeć (K/M) |   |
| Data urodzenia |   |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) |   |
| PESEL (a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy) |  |
| Nazwa i numer/seria dowodu tożsamości |  |
| Wykształcenie | ❒brak ❒niższe niż podstawowe ❒podstawowe ❒gimnazjalne ❒ponadgimnazjalne ❒policealne ❒wyższe |
| **POCHODZENIE** |
| Obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko - miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców) | ❒ |
| Obszar miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców) | ❒ |
| **ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)** |
| Województwo |   |
| Powiat |  |
| Ulica |   |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |   |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| Województwo |   |
| Powiat |   |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |   |
| Numer telefonu kontaktowego  |   |
| Adres e-mail o ile dotyczy |   |

1. **Informacje dodatkowe**

|  |
| --- |
| Dane dodatkowe (należy zaznaczyć prawidłowe dane): |
| 1. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

w tym:* osoba długotrwale bezrobotna
* inne
 |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

w tym:* osoba długotrwale bezrobotna
* inne
 |
| * osoba bierna zawodowo

w tym:* inne
* osoba ucząca się
* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 |
| * osoba pracująca

w tym:* osoba pracująca w administracji rządzowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej
* inne
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba prowadząca działalnośc na własny rachunek
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 |
| 2 | Wykonywany zawódINF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracujaca” | * inny
* instruktor praktyczne nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* pracownik kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wspiercia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* rolnik
 |
| 3 | Zatrudniony w:INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracujaca” | ……………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………… |
| 4. | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań* Tak
* Nie

Osoba z niepełnosprawnościami* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)* Nie
* Odmowa podania informacji
* Tak
 |

Informacja: w razie potrzeby, pacjentowi, którego stan zdrowia znacznie ogranicza możliwość poruszania zapewnia się bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM i powrót do miejsca zamieszkania.

### Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo w terminie 14 dni kalendarzowych poinformować na piśmie ***Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie*** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie w okresie od 1.06.2016 r. do 31.05.2018 r. był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. W okresie trwałość projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” środki na jego realizację i finansowanie w ramach programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” są przekazane przez Gminę Miejską Kraków.
3. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w programie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Miejskiego Ośrodka Opieki w części dotyczącej Dziennego Domu Opieki Medycznej w Krakowie, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać, a w szczególności zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie oraz usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności.
5. Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym (w załączeniu zakres badania ewaluacyjnego) jako uczestnik programu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera (w załączeniu wzór ankiety) po zakończeniu udziału w programie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie DDOM.

………………………… ………………………………………………………………..

Miejscowość, data czytelny podpis