*Załącznik 3*

*do Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Niniejszym zgłaszam Pana/Panią:

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy (kandydata na uczestnika projektu)

do Dziennego Domu Opieki Medycznej prowadzonego przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie w ramach utrzymania projektu pt. *Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie.* Projekt współfinansowany był 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 środki na realizację projektu pochodzą z dotacji udzielonej przez Gminę Miejską Kraków

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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, * Nie
* Tak

w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu* Tak
* Nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu* Tak
* Nie

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

### 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 poinformować ***Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie*** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. **„**Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” współfinansowany był ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W okresie trwałość środki na realizację projektu zapewnia Gmina Miejska Kraków.
3. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem 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 Dziennego Domu Opieki Medycznej w Krakowie 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 jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

………………………… ………………………………………………………………..

Miejscowość, data czytelny podpis