



Numer formularza:	Podpis osoby przyjmującej:
Data i godzina wpływu:	

Załącznik nr 3

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:

„Rozszerzenie działalności Gabinetów Rehabilitacji RUDEK o Dzienny Dom Opieki Medycznej”

nr WND-POWR.05.02.00-00-0052/15

Działania 5.2 „Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Prosimy o staranne wypełnianie formularza zgłoszeniowego (preferowane wypełnienie drukowanymi literami).

Wszystkie dokumenty formularza muszą być kompletnie wypełnione (braki mogą skutkować odrzuceniem zgłoszenia) i czytelnie podpisane (imię i nazwisko).

Przez potwierdzenie za zgodność z oryginałem rozumie się umieszczenie na kopii dokumentu klauzuli „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” lub „Za zgodność z oryginałem” wraz z datą i czytelnym podpisem.

KOMPLETNY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI NALEŻY ZŁOŻYĆ OSOBIŚCIE pod adresem:

– Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RUDEK Gabinet Rehabilitacji Medycznej Andrzej Rudek, ul. Marszałkowska 15, 35-215 Rzeszów

lub

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RUDEK Gabinet Rehabilitacji Medycznej Andrzej Rudek, ul. Strażacka 12 E, 35-312 Rzeszów

LUB WYSLAĆ DROGĄ POCZTOWĄ NA JEDEN Z PODANYCH POWYŻEJ ADRESÓW.

Realizator projektu		Andrzej Rudek, prowadzący działalność gospodarczą pod firmą: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RUDEK Gabinetu Rehabilitacji Medycznej Andrzej Rudek		
Tytuł projektu		„Rozszerzenie działalności Gabinetów Rehabilitacji RUDEK o Dzienny Dom Opieki Medycznej”		
Nr projektu		POWR.05.02.00-00-0052/15-00		
Okres realizacji projektu		01.07.2016 r. – 01.07.2018 r.		
Lp.	Opis	Lp.		
I.	Dane osobowe kandydata na uczestnika projektu:	1.	Nazwisko	
		2.	Imię (imiona)	
		3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
		4.	Data urodzenia	
		5.	Miejsce urodzenia (miejsowość, województwo)	
		6.	PESEL	
		7.	Wiek	
	Adres zamieszkania (dane zgodne z dokumentem tożsamości):	1.	Kod pocztowy, Miejscowość	
		2.	Województwo	
		3.	Powiat	
		4.	Ulica	
		5.	Numer domu	
		6.	Numer lokalu	
	Dane kontaktowe:	1.	Kod pocztowy, Miejscowość	
2.		Województwo		

		3.	Powiat	
		4.	Ulica	
		5.	Numer domu	
		6.	Numer lokalu	
		7.	Numer telefonu kontaktowego	
		8.	Adres e-mail o ile dotyczy	
II.	Dane kontaktowe członka rodziny/ opiekuna, z którym możliwy jest kontakt w sprawie udziału w projekcie (osoby, która podpisuje Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)	1.	Imię i Nazwisko	
		2.	Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. sąsiad)	
		3.	Kod pocztowy, Miejscowość	
		4.	Województwo	
		5.	Ulica	
		6.	Numer domu	
		7.	Numer lokalu	
		8.	Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy)	
		9.	Adres e-mail	
III.	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> wiejski <i>(gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)</i> <input type="checkbox"/> miejski <i>(gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców)</i>		
IV.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne		

		<input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
V. Status na rynku pracy		
Oświadczam, iż jestem:		
a) Osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy - długotrwale bezrobotną	Tak	Nie
b) Osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy	Tak	Nie
c) Osobą bierną zawodowo	Tak	Nie
d) Osobą pracującą	Tak	Nie
Rodzaj umowy:		
Miejsce zatrudnienia:		
VI. Status uczestnika		
Oświadczam, iż:		
a) Posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Tak	Nie
b) Jestem pacjentem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji - data wypisu ze szpitala.....	Tak	Nie
c) W okresie ostatnich 12 miesięcy udzielono mi świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego	Tak	Nie
e) Korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych	Tak	Nie
f) Korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej bądź leczenia uzależnień	Tak	Nie
g) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	Tak	Nie
h) Jestem członkiem gospodarstwa domowego bez osób pracujących - w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Tak	Nie
i) Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak	Nie



j) Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

Tak Nie

VII. Oświadczenie dot. zapewnienia transportu do/ z DDOM

Oświadczam, że w związku z udziałem w projekcie „Rozszerzenie działalności Gabinetów Rehabilitacji RUDEK o Dzienny Dom Opieki Medycznej” **będę/ nie będę** (właściwe zakreślić) potrzebować zapewnienia transportu do/z DDOM.

UZASADNIENIE POTRZEBY ZAPEWNIENIA TRANSPORTU:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do niniejszego Formularza zgłoszeniowego dołączam:

1. Skierowanie do DDOM (wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bądź skierowanie wystawione przez lekarza po przebytej hospitalizacji)

Tak Nie

2. Kserokopia zaświadczenia o pobycie w szpitalu lub odpis karty wypisu szpitalnego nie starsze niż 12 miesięcy przed datą przystąpienia do projektu.

Tak Nie

3. Kserokopię dokumentu tożsamości potwierdzającego miejsce zamieszkania

Tak Nie

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
2. dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RUDEK Gabinet Rehabilitacji Medycznej Andrzej Rudek
ul. Strażacka 12E, 35-312 Rzeszów
Tel. 752 235 756
Fax (+48) 17 861 10 96
www.rudek.com.pl

.....
Czytelny podpis