



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(prosimy wypełnić niniejszy dokument czytelnie, drukowanymi literami)

Ja, niżej podpisany/a:

Nazwisko										
Imię (imiona)										
Numer PESEL (jeśli nie ma nr PESEL należy wpisać „brak”)										
Wiek										

**deklaruję chęć udziału** w projekcie nr **RPMA.09.02.02-14-b409/18** pn. „*DDOM w Chyliczkach, jako alternatywna forma opieki nad osobami zależnymi*”, realizowanym w ramach Działania 9.2 *Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*, Poddziałania 9.2.2 *Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 i przedstawiam niezbędne dane:

*W tabeli zawarte są m.in. informacje dotyczące danych wrażliwych. Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych, może skutkować brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz doprowadzić do niezakwalifikowania do udziału w projekcie czy braku możliwości uwzględnienia dodatkowych potrzeb osoby starającej się o udział w projekcie.*

PŁEĆ	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA	
KRAJ	POLSKA
WOJEWÓDZTWO	MAZOWIECKIE (obligatoryjne)
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	
ULICA	

NR BUDYNKU	
NR LOKALU (jeśli dotyczy)	
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
<b>DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA</b>	
IMIĘ I NAZWISKO	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA/RELACJA Z OPIEKUNEM	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
<b>STATUS OSOBY STARAJĄCEJ SIĘ O UCZESTNICTWO W PROJEKCIE</b> (zaznaczyć „X” zgodnie ze stanem faktycznym)	
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> TAK (jeśli tak, dołączyć dokumenty na potwierdzenie) <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Dodatkowe potrzeby organizacyjne wynikające z niepełnosprawności, np. obsługa tłumacza języka migowego, zapewnione miejsce na wózek inwalidzki, transport do i z DDOM. Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:	

<sup>1</sup> W rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Osoby z niepełnosprawnościami mają pierwszeństwo w projekcie.

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Akceptuję regulamin rekrutacji oraz regulamin organizacyjny DDOM.
2. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie.
3. Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zobowiązuję się poinformować CENTRUM ZDROWIA Adam Muszyński sp.j., ul. Czajewicza 5/7 lok. 49, 05-500 Piaseczno, w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie, w szczególności w okresie między złożeniem niniejszej deklaracji, a rozpoczęciem udziału w projekcie (dotyczy sytuacji zakwalifikowania do projektu).
5. W przypadku zakwalifikowania do projektu zobowiązuję się udzielać niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu.

..... , .....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis  
osoby starającej się o uczestnictwo w projekcie

**PONIŻSZE WYPEŁNIA PRACOWNIK PROJEKTODAWCY**

Data wpływu deklaracji do Biura Projektu:

Podpis:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba kwalifikuje się do udziału w projekcie:

TAK

NIE

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:

Data zakończenia udziału w projekcie:

Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z planowaną ścieżką uczestnictwa:

TAK

NIE, powód .....