



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Doskonalenie kadr systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej z zakresu psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”

Tytuł projektu	<i>Doskonalenie kadr systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej z zakresu psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz terapii środowiskowej dzieci i młodzieży</i>
Numer projektu	POWR.05.04.00-00-0179/19
Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego	V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej	5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych
Beneficjent	Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie – Lider, Proesa Sp. z o.o. - Partner

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU						
Imię					Nazwisko	
Data urodzenia					Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹						
Ulica					Nr domu	<input type="text"/> Nr lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy					Miejscowość	
Województwo					Powiat	

¹ Zgodnie z art. 25. Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu





Gmina		Tel. kontaktowy	
Adres e-mail			
Posiadam wykształcenie wyższe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Pochodzę z terenu jednego z województw: lubelskie, podlaskie, świętokrzyskie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Miejsce zatrudnienia			
STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU		NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE	
Oświadczam, że jestem osobą pracującą, zatrudnioną ² w publicznym systemie opieki zdrowotnej ³ , oświaty ⁴ , poradniach psychologiczno-pedagogicznych, jednostkach pomocy społecznej		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy Pan/i należy do mniejszości narodowej ⁵ lub etnicznej ⁶ , jestem migrantem ⁷ , obcego pochodzenia ⁸ (dane wrażliwe):		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
Czy Pan/i jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁹ :		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

² Osoby zaangażowane na podstawie umowy o pracę bez względu na wymiar etatu oraz na podstawie umowy cywilnoprawnej, z wyłączeniem umowy o wolontariat

³ za placówkę publicznego systemu ochrony zdrowia należy uznać każdą placówkę mającą podpisany kontrakt z OW NFZ oraz udzielającą w ramach tego kontraktu nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych.

⁴ W przypadku placówek oświatowych placówką taką może być placówka, która otrzymuje dotację z budżetu państwa oraz:

- 1) zapewnia bezpłatne nauczanie w zakresie ramowych planów nauczania;
- 2) przeprowadza rekrutację uczniów w oparciu o zasadę powszechnej dostępności (tak jak placówka publiczna, zgodnie z ustawą – prawo oświatowe).

⁵ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

⁶ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszości: karańska, łemkowska, romska, tatarska.

⁷ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

⁸ Cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁹ Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).





Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności¹⁰(należy dołączyć orzeczenie), (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Czy Pan/i znajduje się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp. (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Aplikuję do udziału w projekcie jako Uczestnik następującego szkolenia:	<input type="checkbox"/> Szkolenie specjalizacyjne Psychologia kliniczna <input type="checkbox"/> Szkolenia specjalizacyjne Psychoterapia dzieci i młodzieży <input type="checkbox"/> Terapia środowiskowa dzieci i młodzieży
W przypadku aplikowania do udziału w szkoleniu Terapia środowiskowa dzieci i młodzieży oświadczam, że posiadam wykształcenie wyższe (ukończone na poziomie min. studiów licencjackich) z obszaru dziedzin: nauk społecznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz jestem przedstawicielem jednego z następujących zawodów medycznych: ratowników medycznych, fizjoterapeutów, terapeutów środowiskowych, opiekunów medycznych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:

Dotyczy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności

Pyt. 1. Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie „Doskonalenie kadr systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej z zakresu psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE.*

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Alternatywne formy materiałów szkoleniowych/ pomocniczych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

¹⁰ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.





Specjalne wyżywienie

TAK

NIE

Inne usprawnienia/potrzeby

TAK

NIE

Pyt. 2. W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK” proszę o uzasadnienie konieczności poniesienia przez Beneficjenta kosztu wprowadzenia danego usprawnienia w ramach realizacji projektu „Doskonalenie kadr systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej z zakresu psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”

.....

.....

.....

.....

Załączniki:

1. Kopia dyplomu ukończenia studiów wyższych
2. Zaświadczenie o zatrudnieniu w publicznym systemie opieki zdrowotnej, oświaty, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, jednostkach pomocy społecznej
3. Oświadczenie o zobowiązaniu do podjęcia zatrudnienia po zakończeniu szkolenia

Oświadczam, iż:

- Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „*Doskonalenie kadr systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej z zakresu psychologii klinicznej dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz terapii środowiskowej dzieci i młodzieży*”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez **Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie – Lider, Proesa Sp. z o.o. - Partner.**
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu – Lidera lub Partnera o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status)
- Zostałem/am poinformowany/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Po otrzymaniu zaświadczenia o ukończeniu szkolenia zobowiązuję się do pozostania zatrudnionym/-ą w wymiarze co najmniej ½ etatu lub kontrakcie w wymiarze godzinowym równoważnym ½ etatu w publicznym systemie ochrony zdrowia lub w jednostkach oświatowych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub w jednostkach pomocy społecznej przez 1 rok liczony od dnia zakończenia szkolenia.
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne





z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość, dnia

CZYTELNY podpis kandydata

