



ZAŁĄCZNIK NR 6 DO REGULAMINU

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Rozwój opieki długoterminowej w powiecie pszczyńskim” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

### DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

(prosimy o czytelne pismo)

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 1.  | Imię  |   |
| 2.  | Nazwisko                                      |   |
| 3.  | Płeć  | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |
| 4.  | PESEL   |   |
| 5.  | Wiek osoby w chwili przystąpienia do projektu |   |
| 6.  | Wykształcenie                                 | <input type="checkbox"/> podstawowe / gimnazjalne<br><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne / policealne<br><input type="checkbox"/> licencjat / magister / doktorat |
| 7.  | Województwo                                   |   |
| 8.  | Powiat  |   |
| 9.  | Gmina   |   |
| 10. | Miejscowość                                   |   |
| 11. | Kod pocztowy                                  |   |
| 12. | Ulica   |   |
| 13. | Nr budynku                                    |   |
| 14. | Nr lokalu                                     |   |
| 15. | <b>Telefon kontaktowy</b>                     |   |
| 16. | <b>E-mail</b>                                 |   |





|     |  |  |
|-----|--|--|
| 17. | Obywatelstwo   | <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec  |
| 18. | Osoba obcego pochodzenia   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  |
| 19. | Osoba państwa trzeciego  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  |
| 20. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji<br><input type="checkbox"/> nie   |
| 21. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  |
| 22. | Osoba z niepełnosprawnościami  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji<br><input type="checkbox"/> nie   |
| 23. | Czy Pan/Pani zgłasza potrzeby specjalne? Jeśli tak, proszę podać jakie:                    | <p>.....</p> <p>.....</p>  |
| 24. | Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu                                   | <input type="checkbox"/> Osoba pracująca<br><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo<br><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna (zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy)   |
| 25. | Osoba pracująca:   | <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> pracująca w administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)<br><input type="checkbox"/> pracująca w organizacji pozarządowej |





|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> pracująca w MMŚP   |
| <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie                                    |
| <input type="checkbox"/> pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą                |
| <input type="checkbox"/> pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)   |
| <input type="checkbox"/> jw. (kadra niepedagogiczna)  |
| <input type="checkbox"/> jw. (kadra zarządzająca)   |
| <input type="checkbox"/> pracująca na uczelni   |
| <input type="checkbox"/> pracująca w instytucie naukowym  |
| <input type="checkbox"/> pracująca w instytucie badawczym                                       |
| <input type="checkbox"/> pracująca w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza                        |
| <input type="checkbox"/> pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym                        |
| <input type="checkbox"/> pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki |
| <input type="checkbox"/> pracująca w instytucie badawczym                                       |
| <input type="checkbox"/> pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej                            |
| <input type="checkbox"/> inne   |

1. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum św. Ojca Pio w Pszczynie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam iż, zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem rekrutacji do projektu, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
3. Oświadczam, że w czasie uczestnictwa w projekcie „Rozwój opieki długoterminowej w powiecie pszczyńskim” nie będą brać udziału w żadnym projekcie realizowanym ze środków z Funduszy Europejskich dla Województwa Śląskiego 2021-2027 oraz nie będę korzystać w tym czasie z innych sposobów wsparcia o podobnym charakterze jak wyżej wymieniony projekt.  
Jeśli jednak zdecyduje się na udział w innym projekcie, zobowiązuje się do natychmiastowego poinformowania o tym fakcie Hospicjum św. Ojca Pio w Pszczynie.



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu, do celów promocyjnych tego projektu i działalności hospicjum.
5. **Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie Pani/Pan:**

.....

**Dla której/którego jestem opiekunem faktycznym.**

Powyższe dane potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....

**(data, miejscowość)**

.....

**(podpis opiekuna faktycznego)**



**HOSPICJUM**  
św. Ojca Pio

Hospicjum św. Ojca Pio | 43-200 Pszczyna ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1A  
tel. 32 445 78 08 [www.hospicjumojcapio.pl](http://www.hospicjumojcapio.pl) | KRS 0000130935  
konto bankowe 03 1020 2528 0000 0702 0015 2728