FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Projekt:
Tytuł projektu:
„Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej dorosłych z trudnościami emocjonalnymi, ADHD i depresją poprzez rozwój środowiskowych usług medycznych i psychospołecznych Fundacji SELF".

Program: Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027,

Priorytet: FELU.08.00 Zwiększanie spójności społecznej
Działanie: FELU.08.06 Usługi zdrowotne
Typ projektu 2: Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki medycznej, w tym:
b) w zakresie psychiatrii osób dorosłych.

Nr projektu: FELU.08.06-IZ.00-0034/25
Realizator: Fundacja Rozwoju Psychospołecznego SELF

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko: .....
2. Data urodzenia: .....
3. PESEL: .....
4. Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Inna / nie chcę podawać
5. Telefon kontaktowy: .....
6. Adres e-mail: .....

II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA

7. Miejscowość: .....
8. Powiat:
   ☐ chełmski ☐ włodawski ☐ krasnostawski ☐ hrubieszowski ☐ zamojski
   ☐ miasto Chełm ☐ miasto Zamość
9. Obszar: ☐ miasto ☐ wieś

III. SYTUACJA ZDROWOTNA (do celów rekrutacyjnych)

10. Czy posiada Pan/Pani diagnozę zaburzeń psychicznych?
    ☐ tak ☐ nie
11. Jeśli tak, proszę zaznaczyć (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):
    ☐ ADHD
    ☐ depresja
    ☐ zaburzenia lękowe

☐ trudności emocjonalne (złość, impulsywność, agresja)
☐ zaburzenia poznawcze / otępienie
☐ inne: .....

IV. KRYTERIA PREFERENCYJNE

(zaznaczenie nie wyklucza udziału – służy przyznaniu punktów rekrutacyjnych)

12. Czy należy Pan/Pani do jednej z poniższych grup:
    ☐ osoba z niepełnosprawnością + 2 pkt
    ☐ osoba w wieku 60+ + 1 pkt
    ☐ osoba o niskich kwalifikacjach (wykształcenie maks. średnie) + 1 pkt
    ☐ osoba z doświadczeniem migracyjnym + 1 pkt
    ☐ osoba zamieszkująca obszar wiejski lub zagrożony marginalizacją + 1 pkt

V. DOSTĘPNOŚĆ

13. „Czy występują potrzeby związane z dostępnością lub bariery udziału w projekcie (np. mobilność, transport, stan zdrowia, trudności ze słuchem lub wzrokiem)?
    ☐ nie
    ☐ tak, jakie: ……

„W przypadku osób z zaburzeniami poznawczymi / otępieniem możliwa jest realizacja części wsparcia w miejscu zamieszkania uczestnika zgodnie z Indywidualnym Planem Zdrowienia.”

VI. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie,
2. dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą,
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu, monitoringu i sprawozdawczości zgodnie z RODO,
4. wiem, że udział w projekcie jest **bezpłatny**.

☐ Wyrażam zgodę

VII. PODPIS

Miejscowość i data: .....

Podpis osoby zgłaszającej się do udziału w projekcie: .....

VIII. ZAŁĄCZNIKI (WYMAGANY JEDEN Z PONIŻSZYCH)

☐ zaświadczenie lekarskie / psychologiczne / psychiatryczne
☐ orzeczenie o niepełnosprawności
☐ dokument z OPS / PCPR / innej instytucji
☐ inne: .....