



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



# **REGULAMIN REKRUTACYJNY**

**„Uśmiech Mamy”  
Program w zakresie edukacji i profilaktyki  
depresji poporodowej”,  
nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00**

**Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o.  
Styczeń 2019**

**Regulamin udziału w projekcie pn. „Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanego przez Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne**

## § 1 Informacja o projekcie

1. Projekt pn. „Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00, złożony w odpowiedzi na konkurs pn. Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 ogłoszony w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, realizowany jest przez Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny na terenie województwa mazowieckiego i łódzkiego.
2. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Wartość dofinansowania projektu: 984 016,25 PLN.
4. Projekt realizowany jest od 01.01.2019 r. do 31.12.2021 r. na terenie województw: mazowieckiego i łódzkiego.
5. Niniejszy regulamin określa zasady uczestnictwa w projekcie pn. „Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00.

## § 2 Definicje

Użyte w niniejszym Regulaminie pojęcia oznaczają:

1. Projekt – projekt pn. „Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00.
2. Beneficjent – Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Terespolska 12, 08-110 Siedlce.
3. Partnerzy - Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny, ul. Pilota Stanisława Wigury 19, 90-302 Łódź, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa.
4. POZ – podmiot leczniczy, w którym udzielane są świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
5. Uczestnik/czka projektu - osoba zakwalifikowana do udziału w Projekcie
6. Biuro projektu – Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Terespolska 12, 08-110 Siedlce.
7. Instytucja Pośrednicząca – Ministerstwo Zdrowia, Departament Oceny Inwestycji.

## § 3 Zakres wsparcia

1. Realizacja projektu polega na realizacji komponentu edukacyjnego skierowanego do kadry medycznej: pielęgniarek i położnych POZ, i osób będących w grupie ryzyka oraz komponentu medycznego polegającego na udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom zakwalifikowanym do programu. Szczegółowe informacje odnośnie programu profilaktycznego znajdują się na: [http://zdrowie.gov.pl/nabor-426-konkurs\\_profilaktyka\\_depresji.html](http://zdrowie.gov.pl/nabor-426-konkurs_profilaktyka_depresji.html).

2. Program profilaktyczny jest odpowiedzią na problem jaki stanowi depresja poporodowa.
3. **Edukacja położnych i pielęgniarek oraz lekarzy POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej** - szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz stosowania formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.
4. **Konsultacje psychologiczne** - w ramach tego działania zapewniona jest konsultacja psychologa dla kobiet, które po wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej uzyskały wynik wskazujący na konieczność konsultacji ze specjalistą. Konsultacje będą odbywać się podmiocie leczniczym POZ blisko miejsca zamieszkania pacjentki, gwarantując jednocześnie odpowiednie warunki do konsultacji psychologicznej (osobny gabinet). Celem konsultacji będzie przede wszystkim weryfikacja wyników ankiety. W przypadku potwierdzenia diagnozy depresji poporodowej psycholog ustali z pacjentką dalszą ścieżkę postępowania. Zakłada się maksymalnie 3 konsultacje z psychologiem dla jednej pacjentki. Konsultacja powinna trwać ok. 45 min. Leczenie pacjentki, w tym również konieczność podjęcia leczenia farmakologicznego, będzie podejmowane w ramach świadczeń gwarantowanych.

#### § 4 Kryteria udziału w projekcie

Uczestnikami projektu mogą być osoby:

1. Szkolenia: Położne i pielęgniarki oraz lekarze POZ zatrudnione w podmiotach leczniczych POZ współpracujących z Beneficjentem oraz Partnerami.
2. Pozostaje działania projektowe: Kobiety będące w okresie poporodowym, objęte wizytami patronażowymi, które po wypełnieniu formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej uzyskały wynik wskazujący na konieczność konsultacji ze specjalistą. Do programu nie będą kwalifikować się kobiety, których ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym, gdyż w tym zakresie kobiety mogą powinny skorzystać ze wsparcia psychologicznego oferowanego w szpitalu (w ramach standardów opieki okołoporodowej).

#### § 5 Rekrutacja Uczestników Projektu

1. Rekrutacja Uczestników do projektu jest przeprowadzana przez Beneficjenta oraz Partnerów i odbywa się w sposób ciągły przez cały okres realizacji projektu. Uczestnik może samodzielnie zgłosić się do placówki POZ (pacjentka) oraz do Biura Beneficjenta lub Partnerów (kadra medyczna), w której realizowany jest projekt. Decyzje o zakwalifikowaniu do programu podejmuje pielęgniarka/położna/lekarz POZ lub pracownik Beneficjenta.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości płci, zasady niedyskryminacji oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnością.
3. Osoby, które chciałyby zgłosić szczególne potrzeby związane z niepełnosprawnościami proszone są o kontakt z kadrą projektu e-mail: [anna.kropisz@centrum.med.pl](mailto:anna.kropisz@centrum.med.pl) w celu uzgodnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia.
4. W celu zapewnienia dogodnych warunków udzielania wsparcia zgłoszenie szczególnych potrzeb powinno nastąpić na 7 dni przed planowaną formą udzielenia wsparcia.
5. W siedzibie Beneficjenta oraz Partnerów osoby z niepełnosprawnościami w celu skorzystania z badań profilaktycznych mogą korzystać ze wsparcia personelu projektu, po zgłoszeniu zapotrzebowania w punkcie informacyjnym.

6. Warunkiem udziału w Projekcie poza spełnieniem kryteriów, o których mowa w § 4 jest złożenie formularza zgłoszeniowego (załącznik nr 1) za pośrednictwem pielęgniarki/położnej/lekarza POZ w przypadku pacjentek a w przypadku personelu medycznego do Biura Beneficjenta lub Partnerów.
7. Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
8. Formularze zgłoszeniowe są weryfikowane pod kątem spełnienia warunków udziału w projekcie przez Koordynatora Projektu lub innego wyznaczonego pracownika Projektu.

### **§ 6 Obowiązki uczestników Projektu**

Uczestnicy projektu zobowiązani są do:

- aktywnego uczestnictwa we wszystkich przewidzianych dla nich formach wsparcia, przestrzegania niniejszego regulaminu,
- wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym danych wrażliwych - jeśli dotyczy),
- wypełnianie wszelkich wymaganych dokumentów/ankiet związanych z realizowanymi w ramach projektu formami wsparcia,
- przekazania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

### **§ 7 Postanowienia końcowe**

1. Beneficjent nie ponosi odpowiedzialności za zmiany w dokumentach programowych i wytycznych dotyczących Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.1 Programy profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
2. Regulamin jest dostępny w siedzibie Biura Projektu oraz w siedzibie Partnerów oraz współpracujących placówek POZ.
3. Beneficjent zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu w trakcie trwania Projektu.
4. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem oraz wszelkie decyzje związane z realizacją Projektu rozstrzygane są przez Beneficjenta Projektu oraz Partnerów.
5. Interpretacji Regulaminu udziału w Projekcie dokonuje Beneficjent w oparciu o odpowiednie reguły i zasady wynikające z Programu, a także odpowiednie przepisy prawa Unii Europejskiej.
6. Regulamin udziału w Projekcie wchodzi w życie z dniem rozpoczęcia projektu.

Załącznik nr 1. Kwestionariusz osobowy / formularz zgłoszeniowy do projektu

Załącznik nr 2. Oświadczenie uczestnika projektu

Załącznik nr 3. Oświadczenie o udzielonym świadczeniu

Załącznik nr 4. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Beneficjenta



**Załącznik nr 1. Kwestionariusz osobowy / formularz zgłoszeniowy do projektu**

**I. KWESTIONARIUSZ OSOBOWY / FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU pn. „Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.**

*należy zaznaczyć X przy właściwej formie wsparcia*

- Edukacja położnych i pielęgniarek POZ oraz lekarzy POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej
- Konsultacje psychologiczne

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. **KRAJ:**

.....  
...

2. **IMIĘ I NAZWISKO:**

.....

3. **PESEL:**

.....  
...

Brak peselu w przypadku obcokrajowców

4. **PŁEĆ:**           kobieta    mężczyzna

5. **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

.....

6. **WYKSZTAŁCENIE** - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:

- NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE  
 PODSTAWOWE  
 GIMNAZJALNE  
 PONADGIMNAZJALNE  
 POLICEALNE  
 WYŻSZE

7. **ADRES ZAMIESZKANIA:**

WOJEWÓDZTWO.....

POWAT .....

GMINA .....



MIEJSCOWOŚĆ .....

ULICA .....,

NR BUDYNKU,.....

NR LOKALU.....

KODPOCZTOWY.....

...

**8. KONTAKT:**

TEL. KONTAKTOWY ....., ADRES E-MAIL.....

**9. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – wybierz jedną z poniższych odpowiedzi A lub B lub C lub D:**

- A.  OSOBOWA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
  - inne
- B.  OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY
- Osoba długotrwale bezrobotna
  - inne
- C.  OSOBA BIERNIA ZAWODOWO
- osoba ucząca się
  - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu się
  - Inne
- D.  OSOBA PRACUJĄCA
- Osoba pracująca w administracji rządowej
  - Osoba pracująca w administracji samorządowej
  - Osoba pracująca w MMŚP
  - Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
  - Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
  - Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
  - Inne

**10. WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) - wybierz jedną z poniższych odpowiedzi:**

- Instruktor praktycznej nauki zawodu
- Nauczyciel kształcenia ogólnego
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego
- Nauczyciel kształcenia zawodowego
- Pracownik instytucji ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy



- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- inny

**11. ZATRUDNIOWY W (miejsce zatrudnienia):**

.....  
.....

**12. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – w każdej pozycji A, B, C, D, E, F wybierz jedną odpowiedź:**

A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- tak
  - nie
  - odmowa podania informacji
- B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań \*
- tak
  - nie
- C. Osoba niepełnosprawna
- tak
  - nie
  - odmowa podania informacji
- D. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
- tak
  - nie

**jeśli TAK, to czy w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:**

- tak
  - nie
- E. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
- tak
  - nie
- F. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)
- tak
  - nie
  - odmowa podania informacji

**II. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. „Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji**

***i profilaktyki depresji poporodowej***, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pn. „*Uśmiech Mamy*” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
2. spełniam wszystkie wymogi formalne i zasady udziału określone w Regulaminie Projektu;
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne
4. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
6. zostałem poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez **Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny** oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
8. zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. oświadczam, że dane zawarte w Kwestionariuszu Osobowym/Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
**Miejscowość, data  
PROJEKTU**

.....  
**czytelny podpis UCZESTNIKA  
lub opiekuna prawnego**

-----  
----  
\*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/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z



powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).

Załącznik nr 2. Oświadczenie uczestnika projektu

Załącznik nr 7 do umowy nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Uśmiech Mamy**” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”, nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER) na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
    - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
    - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
  - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej**, nr POWR.05.01.00-0018/18-00 realizowanym przez Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny, w ramach Osi priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt **Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o., ul. Terespolska 12, 08-110 Siedlce** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta i Partnerów uczestniczą w realizacji projektu (wykaz podmiotów znajduje się w Regulaminie Projektu zamieszczonym na stronie [www.centrum.med.pl](http://www.centrum.med.pl)).
- Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta i Partnerów. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
- 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Minister Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, beneficjentowi realizującemu projekt - **Centrum Medyczno-Diagnostyczne**

**Sp. z o.o., ul. Terespolska 12, 08-110 Siedlce** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta oraz Partnerów uczestniczą w realizacji projektu (wykaz podmiotów znajduje się w Regulaminie Projektu zamieszczonym na stronie [www.centrum.med.pl](http://www.centrum.med.pl)).

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miiir.gov.pl](mailto:iod@miiir.gov.pl).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
.....  
**Miejscowość i data  
PROJEKTU**

**Czytelny podpis UCZESTNIKA**

**Załącznik nr 3 Oświadczenie o udzielonym świadczeniu**

**Załącznik nr 11 do umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00**

**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym**

Beneficjent: **Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny**

Tytuł projektu: **„Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”**

Numer umowy: **nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<b>Konsultacja psychologiczna</b>
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

## Załącznik nr 4. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)

**Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP)** – wersja dla lekarza, pielęgniarki i położnej (do sumowania wyniku).

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia

- tak często jak zazwyczaj
- trochę rzadziej niż zwykle
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle
- zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją

- tak jak zawsze
- rzadziej niż zawsze
- zdecydowanie rzadziej niż zwykle
- nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało

- tak w większości przypadków
- tak, czasami
- rzadko
- wcale

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się

- zupełnie nie
- raczej nie
- czasami
- tak, bardzo często

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów

- tak, często
- czasami
- nie, raczej nie

6. nie, nigdy Wydarzenia przerastały mnie

- tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady
- czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle
- przez większość czasu radziłam sobie dobrze
- radziłam sobie tak dobrze jak zwykle

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy

- tak, przez większość czasu
- tak czasami
- rzadko
- nie, wcale nie

8. Czułam się samotna i nieszczęśliwa

- tak, przez większość czasu
- tak, dość często
- niezbyt często
- nie, wcale nie

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

- tak, przez większość czasu
- tak, dość często
- tylko sporadycznie
- nie, wcale nie

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

- tak, dość często
- czasami
- bardzo rzadko
- nigdy