



Załącznik nr 1 do Regulaminu 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 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

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. **PLEĆ:** 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.....

KOD POCZTOWY.....

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 BIERNA 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

.....
**czytelny podpis UCZESTNIKA PROJEKTU
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/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).