



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

Załącznik nr 1  
Do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
„Mobilna opieka nad osobami starszymi”

**PROJEKT PN.: „MOBILNA OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI”**

.....  
Data wpływu (uzupełnia osoba przyjmująca dokument)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Kod Kandydatki/Kandydata do uczestnictwa w Projekcie:** .....  
(uzupełnia osoba przyjmująca dokument)

<b>Tytuł Projektu</b>	„Mobilna opieka nad osobami starszymi”
<b>Nr Projektu</b>	Nr wniosku o dofinansowanie: RPOP.08.01.00-16-0053/16 Nr umowy o dofinansowanie: RPOP.08.01.00-16-0053/16-00  Oś priorytetowa VIII – Integracja społeczna Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020
<b>Dane Kandydatki/Kandydata</b>	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	K <span style="margin-left: 200px;">M<sup>1</sup></span>
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	Kraj
	Województwo
	Powiat

<sup>1</sup> Prosimy o zaznaczenie (np. w kółko, krzyżykiem) płci. Legenda: K – kobieta; M - mężczyzna





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886

tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

	Gmina
	Miejscowość
	Ulica
	Nr budynku
	Nr lokalu
	Kod pocztowy
Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	Kraj
	Województwo
	Powiat
	Gmina
	Miejscowość
	Ulica
	Nr budynku
	Nr lokalu
	Kod pocztowy
Dane kontaktowe <sup>2</sup>	Telefon
	E-mail
Stan zdrowia w przypadku osoby niesamodzielnej (proszę opisać sytuację zdrowotną)	

<sup>2</sup> Podać wyłącznie w przypadku posiadania nr telefonu lub adresu e-mail. Jeśli pole to pozostanie puste, to kontakt z Kandydatem do uczestnictwa w Projekcie będzie realizowany na podany adres zamieszkania lub adres korespondencyjny.





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

<p>Status osoby na rynku pracy w chwili złożenia Formularza rekrutacyjnego – można zaznaczyć <b>tylko jedną</b> odpowiedź „TAK”</p>	<p><b>Osoba bezrobotna</b> czyli pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Jest to osoba zarejestrowana jako bezrobotna, nawet jeżeli nie spełnia wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osobami bezrobotnymi są również osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), które są bezrobotne w rozumieniu w/w definicji.</p> <p style="text-align: center;">TAK <span style="float: right;">NIE<sup>3</sup></span></p> <hr/> <p><b>Osoba bierna</b> zawodowo to osoba, która w danej chwili nie pracuje i nie jest bezrobotna (np. jest emerytem, rencistą).</p> <p style="text-align: center;">TAK <span style="float: right;">NIE<sup>4</sup></span></p> <hr/> <p><b>Osoba pracująca</b> to osoba, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy, kształcenie, szkolenie.</p> <p style="text-align: center;">TAK <span style="float: right;">NIE<sup>5</sup></span></p>
<p><b>Sytuacja Kandydatki/Kandydata do udziału w Projekcie</b></p>	
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r.o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm.).</p>	

<sup>3</sup> Zaznaczyć (np. w kółko, krzyżykiem) odpowiedź **prawidłową**.

<sup>4</sup> Zaznaczyć (np. w kółko, krzyżykiem) odpowiedź **prawidłową**.

<sup>5</sup> Zaznaczyć (np. w kółko, krzyżykiem) odpowiedź **prawidłową**.





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	TAK	NIE <sup>6</sup>
Stopień niepełnosprawności (jeżeli powyżej zaznaczono TAK) – zgodny z wydanym orzeczeniem. W załączeniu kopia orzeczenia (bez dołączenia orzeczenia kategoria nie będzie rozpatrywana).	LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY <sup>7</sup>	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, zagrożona wykluczeniem społecznym w rozumieniu definicji zawartej w par. 1 ust. 1 pkt 7 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.	TAK	NIE <sup>8</sup>

Niniejszym deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie pn.: „Mobilna opieka nad osobami starszymi” realizowanego w ramach Osi priorytetowej VIII – Integracja społeczna Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

.....  
Data i podpis kandydatki/kandydata  
(opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego)

<sup>6</sup> Zaznaczyć (np. w kółko, krzyżykiem) odpowiedź **prawidłową**.

<sup>7</sup> Zaznaczyć (np. w kółko, krzyżykiem) odpowiedź **prawidłową**.

<sup>8</sup> Zaznaczyć (np. w kółko, krzyżykiem) odpowiedź **prawidłową**.