



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik Nr. 1 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

"Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w rejonie chełmskim i lubelskim"

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

Dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Nazwa beneficjenta	Wschodnia Agencja Rozwoju Sp. z o. o., ul. Pana Balcera 6/148, 20-631 Lublin
Nazwa partnera	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Zdrowia Psychicznego Małgorzata Prystupa, ul. Ogrodowa 47, 22-510 Chełm
Nazwa projektu	Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim
Program Operacyjny	Fundusze Europejskie dla Lubelskiego na lata 2021-2027
Priorytet	VIII Zwiększenie spójności społecznej Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.
Działanie	8.6 Usługi zdrowotne
Numer umowy o dofinansowanie	FELU.08.06-IZ.00-0043/25
Miejsce realizacji	Województwo Lubelskie, powiat Chełmski i powiat Lubelski
Okres realizacji projektu	01.05.2026 – 29.02.2028

Informacje uzupełniana Beneficjent	
Data wpływu formularza rekrutacyjnego:	
Numer formularza rekrutacyjnego:	
Liczba punktów uzyskanych w procesie rekrutacji	

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i stanowi pierwszy etap rekrutacji. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się z poniższą instrukcją wypełniania.

Dziękujemy

Instrukcja wypełniania Formularza:

- Formularz składa się z trzech części: A, B i C. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego w części A i B muszą być wypełnione. Część C jest dobrowolna - ma na celu ogólne rozeznanie problemu.
- W przypadku braku telefonu stacjonarnego prosimy wpisać „nie dotyczy”.
- Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**). .
- Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
- Brak wymaganych własnoręcznych, podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza

Projekt FELU.08.06-IZ.00-0043/25 „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim”,

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach **Priorytetu VIII Zwiększenie spójności społecznej, Działania 8.6 Usługi zdrowotne** Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.



traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.

7. Formularz rekrutacyjny musi być dostarczony do Biura projektu w zamkniętej kopercie w 1 egzemplarzu papierowym lub przesłany drogą pocztową.

8. Wykaz gmin powiatu chełmskiego i lubelskiego zagrożonych trwałą marginalizacją opisany w §1 ustęp 10 i 11 Regulaminu.

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w rejonie chełmskim i lubelskim”

Część A Dane uczestnika	
Nazwa	Pole danych
Imię (Imiona)	
Nazwisko	
PESEL:	
Obywatelstwo	
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Inna /nie chcę podawać
Część B Kryteria kwalifikowalności	
Miejsce zamieszkania	
Ulica	
Numer domu/Numer mieszkania	
Miejscowość	
Kod pocztowy i miejscowość	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Obszar	☐ Miejski ☐ Wiejski
Telefon komórkowy	
Telefon stacjonarny	
Adres email	
Miejsce zatrudnienia/odbywania nauki	
Wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania kandydata/kandydatki jest inny niż powiat chełmski, miasto Chełm, powiat lubelski, miasto Lublin	
Miejscowość	
Kod pocztowy i miejscowość	

Projekt FELU.08.06-IZ.00-0043/25 „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim”,

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach **Priorytetu VIII Zwiększenie spójności społecznej,**
Działania 8.6 Usługi zdrowotne Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.



Powiat		
Gmina		
Obszar	☐ Miejski ☐ Wiejski	
Oświadczam że:		Ocena Kryterium
Moje miejsce zamieszkania / miejsce zatrudnienia (wykonywania pracy) / miejsce pobierania nauki ¹, znajduje się na terenie: - gmin powiatu chełmskiego w tym miasta Chełm - powiatu lubelskiego w tym miasta Lublin	☐ Tak ☐ Nie	
Nie uczestniczę w innym projekcie, który realizowany jest w tym samym czasie w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelszczyzny 2021–2027, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika/uczestniczki projektu.	☐ Tak ☐ Nie	
Zamieszkuje na terenie gmin zagrożonych trwałą marginalizacją	☐ Tak ☐ Nie	
Występują u mnie zaburzenia psychiczne	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Mam zdiagnozowane przez lekarza psychiatrę zaburzenie psychiczne (należy dołączyć kopię orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Jestem osobą potencjalnie narażoną na na umieszczenie w instytucjach całodobowych (należy dołączyć skierowanie lub decyzja o potrzebie umieszczenia w instytucji całodobowej,	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	

¹ Niepotrzebne skreślić



zaświadczenie o przebywaniu w instytucji całodobowej)		
Mój poziom wykształcenia to :	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0) ☐ Podstawowe (ISCED 1) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ☐ Gimnazjalne (ISCED 2) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (kształcenie ukończone na poziomie liceum, liceum profilowanego, technikum, technikum uzupełniające, zasadniczej szkoły zawodowej) ☐ Policealne (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) ☐ Krótkie studia wyższe (ISCED 5) Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS) ☐ Studia licencjackie lub inżynierskie (ISCED 6) Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat), ☐ Studia magisterskie (ISCED 7) (Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)	
Jestem osobą z niepełnosprawnością (należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji	
Jestem osobą starszą (+60 lat)	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą obcego pochodzenia, migrantem	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą z krajów trzecich	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą bierną zawodowo ²	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą zamieszkującą samotnie (należy dołączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający fakt samotnego zamieszkiwania)	☐ Tak ☐ Nie	

² **Osoba bierna zawodowo** - osoby w wieku powyżej 15 lat niepracujące i niebędące bezrobotnymi. Do biernych zawodowo zalicza się: - osoby otrzymujące emeryturę, rentę, alimenty, stypendium, pomoc opieki społecznej, - uczniów pobierających naukę w trybie dziennym, - osoby odbywające karę pozbawienia wolności, - osoby przebywające w domach opieki, - osoby uzyskujące dochód m.in. z dzierżawy, wynajmu lokum, itp., - osoby przebywające na urlopie wychowawczym. Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.



Część C	
Samooceńca/samodiagnoza sytuacji zdrowotnej (część nieobowiązkowa)	
Czy występują u Pana/Pani stany myślenia, emocji lub zachowania prowadzące do cierpienia lub trudności w codziennym funkcjonowaniu ?	☐ Tak ☐ Nie
Jak określił/a by je Pan/Pani - proszę zaznaczyć (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):	☐ nie wiem ☐ utrzymujący się długo smutek (bez wyraźnej przyczyny), uczucie pustki i beznadziei, ☐ napięcie, niepokój, lęk, ☐ trudności z koncentracją i podejmowaniem nawet prostych decyzji, ☐ wycofanie społeczne i unikanie kontaktów z bliskimi, ☐ nadmierna drażliwość lub nagłe wybuchy złości, ☐ brak energii do działania, uczucie ciągłego zmęczenia (mimo braku wysiłku), ☐ zmiany apetytu (kompulsywne jedzenie lub brak apetytu), ☐ problemy ze snem (bezsenna lub nadmierna senność), ☐ natrętne myśli, ☐ myśli samobójcze, ☐ zachowania autodestrukcyjne, ☐ halucynacje, urojenia ☐ inne:

.....
(Data i miejscowość)

.....
(podpis kandydata na Uczestnika Projektu)

Oświadczenie Kandydata/Kandydatki Projektu

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1) Deklaruję niniejszym swój udział w projekcie pt. „Deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej

Projekt FELU.08.06-IZ.00-0043/25 „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim”,

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach **Priorytetu VIII Zwiększenie spójności społecznej,**
Działania 8.6 Usługi zdrowotne Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.



w regionie chełmskim i lubelskim” realizowanym w ramach Działania 8.6 Usługi społeczne w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Priorytetu VIII „Zwiększenie spójności społecznej” programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego

- 2) Na dzień przystąpienia do projektu pt. „Deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim”, spełniam wymogi kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim” oraz akceptuję jego warunki,
- 4) Zapoznałem/am się z zapisem w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim” dotyczącym praw i obowiązków Uczestnika/czki projektu i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
- 6) Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
- 7) Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie mam obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta i Partnera Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej,
- 8) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Beneficjenta i Partnera realizującego projekt – pn. „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim” oraz podmioty, które na zlecenie Beneficjenta i Partnera uczestniczą w realizacji projektu.
- 9) Uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....
(Data i miejscowość)

.....
(podpis kandydata na Uczestnika Projektu)

Projekt FELU.08.06-IZ.00-0043/25 „Deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej w regionie chełmskim i lubelskim”,

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach **Priorytetu VIII Zwiększenie spójności społecznej, Działania 8.6 Usługi zdrowotne** Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.