



FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

Dla osób stanowiących otoczenie (opiekunów faktycznych/prawnych) 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, 22-100 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

Informacja uzupełniana przez Beneficjenta

Data wpływu formularza rekrutacyjnego:

Numer formularza rekrutacyjnego:

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

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.



7. Formularz rekrutacyjny musi być dostarczony do Biura projektu w zamkniętej kopercie w 1 egzemplarzu papierowym lub przesyłany 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:	
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Inna /nie chcę podawać
Obywatelstwo:	
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, miasta Lublin	
Miejscowość	
Kod pocztowy i miejscowość	
Powiat	
Gmina	
Obszar	☐ Miejski ☐ Wiejski
Część B	



Kryteria kwalifikanci		
Oświadczam że:		Ocena kryterium
Moje miejsce zamieszkania / miejsce zatrudnienia (wykonywania pracy) / miejsce pobierania nauki , ¹znajduje się na terenie: - gmin powiatu chełmskiego w tym miasta Chełm, - gmin powiatu lubelskiego w tym miasta Lublin	☐ Tak ☐ Nie	
Moje miejsce zamieszkania leży w obszarze gminy zagrożonej trwałą marginalizacją.	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem opiekunem faktycznym/prawnym osoby z zaburzeniami psychicznymi	☐ Tak ☐ Nie	
Potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	☐ Tak ☐ Nie	
Zamieszkuje z osobą z zaburzeniami psychicznymi	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą z niepełnosprawnością (należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności)	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą starszą (+60 lat)	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą obcego pochodzenia, migrantem	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą z krajów trzecich	☐ Tak ☐ Nie	
Jestem osobą bierną zawodowo²	☐ Tak ☐ Nie	

¹ Niepotrzebne skreślić

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 Zakres tematyczny wsparcia (część nieobowiązkowa) (Proszę o wskazanie wstępnego zakresu tematycznego wsparcia jakim jest Pan/Pani zainteresowany/a)	
☐	Objawy zaburzeń psychicznych i mechanizm funkcjonowania osoby z zaburzeniami psychicznymi w życiu codziennym.
☐	Sposoby postępowania i pomoc w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
☐	Rola otoczenia/opiekuna w procesie zdrowienia (budowanie relacji wspierających, poczucia bezpieczeństwa i akceptacji, motywacja, aktywne słuchanie, stawianie granic, świętowanie małych sukcesów)
☐	Jak zadbać o siebie czyli jak nie „spalić się” w roli opiekuna.
☐	Formy wsparcia i pomocy dla otoczenia/rodziny (jakie możliwości wsparcia oferuje system opieki psychiatrycznej, świadczenia, dofinansowania, asystent osobisty, rola i znaczenie instytucji w środowisku lokalnym)
☐	Prawa przysługujące opiekunowi/rodzinie.
☐	Gdzie szukać pomocy i jak korzystać z instytucji i organizacji wspierających opiekunów/rodziny (np. OPS, PCPR, NGO)
☐	Pomoc formalna i nieformalna dla chorego i otoczenia/rodziny.

.....
(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 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) Oświadczam, że 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

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.



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, 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)