



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do DDOM

**Deklaracja uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej
w Wysowej-Zdroju**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL	
Wykształcenie	
Status w momencie przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w UUP <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w UUP <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca Jeżeli osoba pracuje proszę podać zawód wykonywany oraz miejsce pracy.....
Czy Pan/Pani należy do mniejszości narodowych lub etnicznych, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
Czy Pan/Pani jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Czy Pan/Pani posiada niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
Czy jest Pan/Pani osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie jeżeli tak – czy przebywa w gospodarstwie domowym z dziećmi przebywającymi na utrzymaniu: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Czy Pan/Pani żyje w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Pan/Pani jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu	
Adres e-mail o ile posiada	



DANE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, W CELU KONTAKTU W SPRAWIE PROJEKTU	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/ relacji społecznych	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail jeśli posiada	
PESEL	

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji do DDOM
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są prawdziwe.

Do Deklaracji załączam kserokopię karty wypisu ze szpital

.....

Data

.....

podpis osoby starającej się o udział w projekcie