

Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa Pacjentów w Projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNO-KWALIFIKACYJNY PACJENTA PROJEKTU

„Nastrój siebie” w ramach programu regionalnego Fundusze europejskie dla łódzkiego 2021-2027”.

Numer identyfikacyjny projektu: FELD.08.04-IZ.00-0074/25

Program Fundusze Europejskie dla łódzkiego 2021–2027

1. INFORMACJE OGÓLNE

- Numer zgłoszenia (nr/jednostka): _____
- Data rejestracji: ____/____/_____

2. DANE PACJENTA

- Imię i nazwisko: _____
- PESEL: _____
- Data urodzenia: ____/____/_____
- Wiek w chwili przystąpienia do projektu: _____
- Płeć: Kobieta Mężczyzna
- Obywatelstwo: _____
- Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej
 - Nie dotyczy
 - Odmowa udzielenia odpowiedzi
 - Tak
- Obce pochodzenie (*osoba urodzona w Polsce, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza granicami Polski*)
 - Nie
 - Tak
 - Odmowa udzielenia odpowiedzi
(*nie wymagamy podawania kraju — minimalizacja danych*)

- Wykształcenie:
 - Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
 - Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)
 - Policealne (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
 - Wyższe (ISCED 5-8)

- Adres:
 - Kraj: _____
 - Województwo: _____
 - Powiat: _____
 - Gmina: _____
 - Miejscowość: _____
 - Kod pocztowy: _____

- Ulica / nr domu / nr mieszkania: _____

- Telefon kontaktowy: _____

- E-mail: _____

- Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe: NIE TAK

- Niepełnosprawność: NIE TAK Odmowa podania informacji

3. SZCZEGÓŁY WSPARCIA

- Data rozpoczęcia udziału w projekcie: ____/____/____

- Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (*zgodnie z klasyfikacją monitorowania EFS+*)
 - osoba pracująca**

w tym:

- Prowadząca działalność na własny rachunek – data założenia działalności gospodarczej ____/____/____
- Pracująca w administracji rządowej
- Administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
- Pracująca w organizacji pozarządowej
- Pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa)
- Pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- Pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
- Pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- Pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- Pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (zarządzająca)
- Pracująca na uczelni
- Pracująca w instytucie naukowym
- Pracująca w instytucie badawczym
- Pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- Pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- Pracująca w federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- Pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- Inne

osoba bezrobotna zarejestrowana

w tym:

- Osoba długotrwale bezrobotna
- Inne

• Sytuacja pacjenta do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie (status społeczno-edukacyjny — nie opis medyczny)

- kontynuuje edukację
- podjął/podjęła zatrudnienie
- poszukuje pracy
- pozostaje bierny zawodowo

• Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką

uczestnictwa: TAK NIE

4. ZGŁOSZENIE DO PROJEKTU „NASTRÓJ SIEBIE”

- Sposób zgłoszenia: osobiście telefonicznie e-mail

- Powód zgłoszenia:

.....
.....
.....

Oczekiwania wobec projektu

.....
.....
.....

- Źródło informacji: www placówka media znajomi inne

- Kryteria Merytoryczne:

- osoba powracająca do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskich (powyżej 30 dni) i osoba ponownie wracająca na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy (niezdolność do pracy związana z korzystaniem ze świadczenia rehabilitacyjnego)- (ośw.) +10pkt: TAK NIE
- Mieszkaniec terenów wiejskich +5pk: TAK NIE

5. WYWIAD

- Opis objawów:

.....
.....
.....

Zdiagnozowane choroby u Uczestnika (potwierdzone w dokumentacji medycznej)

- F32 – Epizod depresyjny
- F33 – Zaburzenia depresyjne nawracające
- F41 – Zaburzenia lękowe (inne zaburzenia lękowe)



F43 – Reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

• Ocena ryzyka: brak podwyższone wysokie

6. KRYTERIA KWALIFIKACJI

• Kryteria kwalifikacyjne spełnione: TAK NIE

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

• Kryteria wyłączenia: NIE TAK

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

7. STATUS KWALIFIKACJI

Zakwalifikowano do programu

Nie zakwalifikowano

• Data decyzji: ____/____/____

8. UWAGI

.....

.....

.....

PODPISY

Podpis Uczestnika:

Zgody kwalifikacyjne:

Kwalifikacja Psychiatryczna

<i>Miejscowość i data:</i>	<i>Czytelny podpis specjalisty</i>

Kwalifikacja Psychologiczna

<i>Miejscowość i data:</i>	<i>Czytelny podpis specjalisty</i>