

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGODY NA UDZIAŁ W PROJEKCIE/PROGRAMIE

„Nastój 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

I. DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko:

.....

PESEL / data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

II. DANE OPIEKUNA

Imię i nazwisko:

.....

PESEL / data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

III. INFORMACJA O PROJEKCIE

Niniejsza zgoda dotyczy udziału w projekcie pn. „**Nastój siebie**”, realizowanym w ramach programu **Fundusze Europejskie dla łódzkiego 2021–2027**, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Celem projektu jest **poprawa zdrowia psychicznego uczestników oraz zwiększenie ich aktywności zawodowej**, w szczególności poprzez powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia u co najmniej 50% uczestników. Projekt koncentruje się na osobach zmagających się z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami nerwicowymi oraz problemami

związanymi ze stresem, a jego realizacja przyczynia się do poprawy jakości życia oraz funkcjonowania społecznego i zawodowego uczestników.

Projekt obejmuje kompleksowy program wsparcia realizowany w oparciu o kilka etapów diagnostyczno-terapeutycznych. Zakres wsparcia obejmuje m.in.: konsultacje psychiatryczne i psychologiczne, opracowanie indywidualnego planu terapeutycznego, a następnie udział w odpowiednio dobranych formach wsparcia, takich jak terapia indywidualna, terapia grupowa lub trening umiejętności w terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT). Dodatkowo uczestnicy mogą skorzystać z treningów redukcji stresu lub treningów relaksacyjnych oraz wizyty końcowej podsumowującej efekty wsparcia. Wsparcie realizowane w ramach projektu ma charakter zindywidualizowany i dostosowany do potrzeb uczestnika. Proces rozpoczyna się kwalifikacją psychiatryczną i psychologiczną, po której uczestnik zostaje przypisany do odpowiedniej ścieżki terapeutycznej. Po zakończeniu udziału w projekcie uczestnicy otrzymują podsumowanie procesu terapeutycznego oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Uczestnictwo w projekcie jest **bezpłatne**, a wszystkie świadczenia realizowane w jego ramach finansowane są ze środków projektu. O zakwalifikowaniu do udziału decyduje spełnienie kryteriów rekrutacyjnych oraz kolejność zgłoszeń. Do udziału w projekcie mogą przystąpić osoby pracujące lub bezrobotne zamieszkujące teren Łodzi oraz wybranych powiatów województwa łódzkiego. Warunkiem udziału w projekcie jest wyrażenie świadomej i dobrowolnej zgody. Uczestnicy zobowiązani są do aktywnego udziału w zaplanowanych formach wsparcia. Każdy uczestnik ma prawo do rezygnacji z udziału w projekcie w dowolnym momencie poprzez złożenie stosownego oświadczenia.

IV. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem(-am) się z założeniami projektu, jego celem oraz zakresem wsparcia;
- 2) zapoznałem(-am) się z kryteriami kwalifikacyjnymi projektu oraz potwierdzam ich spełnianie;
- 3) zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest dobrowolny;
- 4) zostałem/am poinformowany/a o zasadach rezygnacji z udziału w projekcie.
- 5) zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO

Data:

.....

Podpis uczestnika

V. KRYTERIA WŁĄCZENIA/WYŁĄCZENIA(OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA)

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

Wiek uczestnika powyżej 18 lat:

Tak Nie

.....

Podpis uczestnika

Uczestnik wyraża, pisemną zgodę na udział w programie oraz procesie ewaluacyjnym:

Tak Nie

.....

Podpis uczestnika

Uczestnik oświadcza, że w chwili zgłoszenia i w trakcie udziału nie korzysta i nie będzie korzystał z tych samych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (w tym NFZ) tj. świadczeń zdrowotnych zleconych z powodu tego samego podejrzenia/rozpoznania schorzenia/choroby:

Tak Nie

.....

Podpis uczestnika

Uczestnik oświadcza, że nie uczestniczy w podobnym projekcie dofinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz innych środków publicznych, w którym cele realizacji zakładają podobne formy wsparcia oraz, w którym termin realizacji pokrywa się w zakresie, co najmniej jednego dnia kalendarzowego, z terminem realizacji projektu „**Nastrój siebie w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla łódzkiego 2021–2027**”

Tak Nie

.....

Podpis uczestnika

Stan zdrowia uczestnika pozwala na realizację świadczeń w trybie ambulatoryjnym (nie wymagam hospitalizacji):

Tak Nie

.....

Podpis uczestnika

VI. KRYTERIA WYŁĄCZENIA (OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA)

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

Czy uczestnik korzysta obecnie z analogicznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych? (tj. świadczeń zdrowotnych zleconych z powodu tego samego podejrzenia/rozpoznania choroby/schorzenia)

Tak Nie

.....
Podpis Uczestnika

Czy zgłoszenie następuje celem uniknięcia realizacji orzeczonego środka karnego, kary, środka zabezpieczającego w rozumieniu przepisów prawa karnego?

Tak Nie

.....
Podpis Uczestnika

Czy istnieją przeciwwskazania do diagnostyki ambulatoryjnej (np. wymaganie hospitalizacji psychiatrycznej lub somatycznej w tym na CITO)?

Tak Nie

.....
Podpis Uczestnika

Czy ogólny stan zdrowia umożliwia korzystanie ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym (tzn. nie występują ostre lub zaostrzające się przewlekłe choroby somatyczne uniemożliwiające uczestnictwo w programie)

Tak Nie

.....
Podpis Uczestnika

VI. ZGODA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na udział w projekcie oraz działaniach ewaluacyjnych dotyczących Projektu.

.....
Miejscowość i data:

.....
Czytelny podpis uczestnika

VII. ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na udział w programie oraz działaniach ewaluacyjnych dotyczących Projektu.

.....
Miejscowość i data:

.....
Czytelny podpis uczestnika

VIII. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH NA POTRZEBY REKRUTACJI DO PROJEKTU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, zawartych w formularzu rekrutacji i kwalifikacji oraz zgodzie na udział w projekcie, przez Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Łodzi Szpital im. dr. J. Babińskiego, 91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000021265, NIP 947-166-71-39, w celu przeprowadzenia rekrutacji, kwalifikacji oraz organizacji mojego udziału w projekcie FELD.08.04-IZ.00-0074/25.

Tak, wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność przetwarzania sprzed jej wycofania.

Data:

Podpis uczestnika:.....



Zgody kwalifikacyjne:

Kwalifikacja Psychiatryczna

Miejscowość i Data	Czytelny podpis specjalisty

Kwalifikacja Psychologiczna

Miejscowość i Data	Czytelny podpis specjalisty