

Projekt "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu ełckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej" jest współfinansowany z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwisko:			
Imię:			
Pesel:		Płeć:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Województwo:			
Powiat:		Gmina:	
Kod i miejscowość:			
Adres:			
Telefon:		E-mail:	

WYKSZTAŁCENIE

<input type="checkbox"/> Brak (Brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (Kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (Kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne /średnie (Kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	<input type="checkbox"/> Policealne (Kształcenie na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej)	<input type="checkbox"/> Wyższe (Kształcenie na poziomie studiów wyższych)

STATUS NA RYNKU PRACY

Jestem osobą aktywną zawodowo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wykonywany zawód	Miejsce zatrudnienia	

Należy zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszy poniżej	TAK	NIE
Jestem migrantem ¹ , osobą obcego pochodzenia ² , przynależę do mniejszości (w tym mniejszości narodowe i etniczne) ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą niepełnosprawną ⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żyję w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu ⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dodatkowe ułatwienia zapewniające uczestnictwo w projekcie:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dostosowanie transportu do stopnia niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Zwrot kosztów dojazdu na badania |
| <input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego | <input type="checkbox"/> Zwrot kosztów opieki nad osobami zależnymi |
| <input type="checkbox"/> asystent osoby niepełnosprawnej | |
| <input type="checkbox"/> inne | |

	TAK	NIE
Wykonywałam badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W ostatnich 3 latach wykonywałam badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Projekt "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej"
jest współfinansowany z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

- | | | | |
|---|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> lekarz POZ | <input type="checkbox"/> prasa | <input type="checkbox"/> plakaty | <input type="checkbox"/> imienne zaproszenie otrzymane pocztą |
| <input type="checkbox"/> lekarz specjalista | <input type="checkbox"/> ulotki | <input type="checkbox"/> internet | <input type="checkbox"/> spotkanie edukacyjne |
| <input type="checkbox"/> spoty telewizyjne | <input type="checkbox"/> radio | <input type="checkbox"/> inne źródła, jakie? | |

OŚWIADCZENIA:

Ja niżej podpisana oświadczam, iż:

1. zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa projektu "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej", akceptuję jego warunki i spełniam wszystkie wymogi formalne.
2. zostałam poinformowana, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. zostałam poinformowana, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
4. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych;
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu na etapie rekrutacji;
6. zostałam poinformowana, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
7. zostałam poinformowany o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie;
8. zostałam poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
9. zostałam uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym

.....
miejsowość dnia

.....
podpis uczestnika projektu

1. Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.
2. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.
3. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszości: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska
4. Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).
5. W rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1977 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375)
6. Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.
7. Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat.



Projekt "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej"
jest współfinansowany z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisana

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Deklaruję swój udział w projekcie "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej" RPWM.10.07.00-28-0007/16 realizowanym przez Stowarzyszenie Edukacyjno Oświatowe „Erudycja” w partnerstwie z Samodzielnym Gminnym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Dywitach oraz Miejskim Szpitalem Zespołowym im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie.

Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko - Mazurskiego na lata 2014 - 2020 Oś Priorytetowa 10.Regionalny Rynek Pracy, Działanie 10.07 Aktywne i zdrowe starzenie się.

1.Oświadczam, że zostałam poinformowana o zasadach udziału w projekcie "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej" i spełniam kryteria rekrutacji uprawniające mnie do udziału określone w par.3 pkt 3 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

2.Oświadczam, że zostałam poinformowana, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3.Oświadczam, że zostałam pouczona o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy. Niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

4.Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszelkich zmianach danych podanych w momencie rekrutacji.

.....
miejsowość dnia

.....
podpis uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pt."Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej" oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1.Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn.

2.Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.

3.Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.). Dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020) na podstawie:

a)Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),

b)Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470z późn. zm.),

c)Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 -2020 (Dz. U. 2016 poz. 217);

d)Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

4.Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt."Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej", w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.

5.Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu projekt pt."Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu etckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej" Stowarzyszeniu Edukacyjno - Oświatowemu „Erudycja”.

6.Moje dane osobowe mogą zostać powierzone specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020 na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta.

7.Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji projektu.

8.Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....
miejsowość dnia

.....
podpis uczestnika projektu



Projekt "Czas kobiet - zadbaj o siebie. Wsparcie kobiet z subregionu elckiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej" jest współfinansowany z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

**ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH
POPULACYJNYM PROGRAMEM WZCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY**

Numer identyfikacyjny badania	Symbol badania	Data badania	PESEL

Nazwisko:			
Imię:			
Pesel:			
Województwo:			
Powiat:		Gmina:	
Kod i miejscowość:			
Adres:			
Telefon:		E-mail:	

Nie wykonywałam badania profilaktycznego w kierunku nowotworów raka szyjki macicy. TAK NIE

Zajęcie	Wykształcenie
<input type="checkbox"/> uczeń <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik umysłowy <input type="checkbox"/> pracownik fizyczny <input type="checkbox"/> emeryt/rencista <input type="checkbox"/> inny	<input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> zas. zawodowe <input type="checkbox"/> niepełne wyższe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe

Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

lekarz POZ
 lekarz specjalista
 prasa, radio, telewizja, Internet
 zaproszenie SMS
 położna lub pielęgniarka środowiskowa
 inne źródła, jakie?
 imienne zaproszenie otrzymane pocztą

Pierwsza miesiączka (wiek): ostatnia miesiączka (wiek lub ostatnia data):

Liczba porodów:

	TAK	NIE	PRZESTAŁAM
Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy przechodziła Pani hormonoterapię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy stosuje Pani IUD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data ostatniego badania cytologicznego: wynik:

Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka: TAK NIE

Lekarz wykonujący badanie:

Ocena makroskopowa szyjki macicy:

stan zapalny
 nadżerka (ektopia)
 przerost
 polip
 owrzodzenie
 kłykcina (brodawczak)
 zniekształcenie
 martwica
 guz (naciek)
 inne

Uwagi: