



Załącznik nr 1
do uczestnictwa w projekcie

„Działania antydyskryminacyjne w placówkach ochrony zdrowia”

wybranego do dofinansowania w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

Formularz rekrutacyjny

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami. Wypełnienie wszystkich poniższych danych jest obowiązkowe do wzięcia udziału w projekcie.

Zgłaszam dobrowolną chęć do udziału w warsztacie/seminarium (można wybrać parę odpowiedzi):

- ☐ Warsztaty dla personelu medycznego: praktyczne narzędzia identyfikacji i zwalczania dyskryminacji względem pacjentów i personelu edycja I
- ☐ Warsztaty dla personelu medycznego: praktyczne narzędzia identyfikacji i zwalczania dyskryminacji względem pacjentów i personelu edycja II
- ☐ Warsztaty dla menadżerów: zarządzanie różnorodnością i konfliktem w różnorodności - edycja I
- ☐ Warsztaty dla menadżerów: zarządzanie różnorodnością i konfliktem w różnorodności - edycja II
- ☐ Indywidualne warsztaty dla menadżerów, kierowników placówek medycznych mających na celu wdrożenie planów antydyskryminacyjnych
- ☐ Seminarium dotyczące polityk antydyskryminacyjnych

Grupa docelowa	
Osoba objęta wsparciem należąca do grupy docelowej:	Jestem pracownikiem podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń na terenie w. łódzkiego: ☐ Lekarzem ☐ Pielęgniarką ☐ Menadżerem ☐ Kierownikiem ☐ Rejestratorką ☐ Jestem: ☐ właścicielem podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń na terenie w. łódzkiego ☐ współwłaścicielem podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń na terenie w. łódzkiego
Dane uczestnika/uczestniczki	



Nazwa firmy i adres miejsca w którym Pan/Pani pracuje			
Imię			
Nazwisko			
PESEL/ inny identyfikator			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna		
Wykształcenie	☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Ponadgimnazjalne / Ponadpodstawowe ☐ Policealne ☐ Wyższe		
Dane teleadresowe uczestnika/uczestniczki¹			
Obywatelstwo			
Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Nr domu/lokalu	
Obszar zamieszkania	☐ Miejski ☐ Wiejski		
Telefon kontaktowy			
Adres E-Mail			
Status uczestnika/uczestniczki w dniu przystąpienia do projektu			
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:			
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne ☐ Nie dotyczy			
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne ☐ Nie dotyczy			



Osoba bierna zawodowo, w tym:		☐ Inne ☐ Nie dotyczy	
☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu			
Osoba pracująca w tym zatrudniona w:		☐ W dużym przedsiębiorstwie ☐ Osoba prowadząca działalność gospodarczą ☐ Inne ☐ Nie dotyczy	
☐ W administracji rządowej ☐ W administracji samorządowej ☐ W organizacji pozarządowej ☐ MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie)			
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań²		☐ Tak	☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami³		☐ Tak	☐ Nie
Osoba obcego pochodzenia?⁴	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Osoba państwa trzeciego?⁵	☐ Tak	☐ Nie	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej(w tym społeczności marginalizowanej)?⁶	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	☐ Tak ☐ Nie w tym: w gospodarstwie z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu ☐ Tak ☐ Nie		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) w tym:	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji		
Specjalne potrzeby uczestnika/uczestniczki:			
Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową	☐ Tak ☐ Nie Jeśli TAK, proszę opisać jakie.....		
Zapewnienie druku materiałów w powiększonej czcionką	☐ Tak ☐ Nie		
Zapewnienie tłumacza języka migowego	☐ Tak ☐ Nie		
Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych	☐ Tak ☐ Nie		
Inne usprawnienia Jakież?	☐ Tak		



	☐ Nie Jeśli TAK, proszę opisać jakie.....
Rodzaj wyżywienia:	☐ Mięsne ☐ Wegetariańskie
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) – wypełnia realizator projektu	

- ☐ Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że projekt „**Działania antydyskryminacyjne w placówkach ochrony zdrowia**” jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. Ponadto oświadczam, iż podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą i z danymi zawartymi w dowodzie osobistym.
- ☐ Oświadczam, iż zostałam/zostałem poinformowany, że mogę bezkosztowo zrezygnować z uczestnictwa w szkoleniu na nie krócej niż 14 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia. Przyjmuję do wiadomości, iż w razie późniejszej rezygnacji z uczestnictwa lub w przypadku nieprzyjechania na szkolenie zostanę obciążony/a kosztami noclegu i wyżywienia, na co wyrażam zgodę.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu:

.....

i.

¹ Należy podać adres zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. należy wskazać miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu

² Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się



okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego oraz ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej:

1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;
 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezrobotnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności- specjalistyczne zakwaterowanie wspierane;
 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z zakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;
 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/ nietrwałe, mieszkania substandardowe -lokale nie nadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;
- ³ Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.
- ⁴ Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa(obywatelstw) innych krajów. Wskaźnik nie obejmuje osób należących do mniejszości.
- ⁵ Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE. Do grupy wlicza się też bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.
- ⁶ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszość etniczne: Karaimska, łemkowska, romska, tatarska.
- Definicja opracowana na podstawie ustawy z dnia 6 stycznia 2025r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym.