**KARTA ZGŁOSZENIOWA DO UDZIALU W PROJEKCIE**

**,, Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na sukces  
 mieszkańców województwa świętokrzyskiego”**

\*informacje dotyczace punktacji wypłenia komisja rekrutacyjna

Spełniane kryteria zaznaczyć wpisując znak ,,x”w okienko przy odpowiedzi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Imię | |  |
| Nazwisko | |  |
| Płeć | | 🞐 Kobieta 🞐 Mężczyzna |
| PESEL | |  |
| Tel. Kontaktowy | |  |
| Kryteria formalne | | |
| Osoba pełnoletnia  (ukończone 18 lat) | | 🞐 TAK 🞐 NIE |
| Pochodzenie z obszaru województwa świętokrzyskiego | | 🞐 TAK 🞐 NIE |
| Ukończona terapia podstawowa leczenia uzależnień | | 🞐 TAK 🞐 NIE |
| Abstynencja od | | 🞐 Miesiąca  🞐 2 miesięcy  🞐 3-4 miesięcy  🞐 5-6 miesięcy  🞐 Powyżej 6 miesięcy |
| Kryteria merytoryczne | | |
| 3 | Orzeczenie  o niepełnosprawności | 🞐 TAK 🞐 NIE  **Stopień niepełnosprawności**  🞐 Lekki 🞐 Umiarkowany 🞐Znaczny  **Rodzaj niepełnosprawności:**  🞐 Intelektualna 🞐 Fizyczna  / 1pkt\* |
| 4 | Korzystanie z pomocy społecznej | 🞐 TAK 🞐 NIE  / 1 pkt\* |
|  | Osoba Bezdomna | 🞐 TAK 🞐 NIE  /1 pkt\* |

**Razem pkt\***

**Wyrażam zgodę na udział w projekcie**

**………………………………………………………**

**( data i podpis Uczestnika Projektu)**