**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)**