



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik R.1.1

ANKIETA PACJENTA w ramach projektu nr RPLD.10.03.02-10-A021/19-00 „PO MOC W ODCHUDZANIU-

Wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego dotyczącego przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości”

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

imię nazwisko:		Nr PESEL:	
adres zamieszkania:		data ur.:	Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)
		pleć: K / M	
adres e-mail:		telefon kontaktowy:	
Wykształcenie <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> pondgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	Kraj:	Województwo:	Powiat:
	Gmina:	Miejscowość:	Kod pocztowy:
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> bierny zawodowo ¹ <input type="checkbox"/> zatrudniony			
Zawód wyuczony:		Zawód wykonywany:	
Miejsce pracy: nazwa firmy: adres firmy:			

¹ Osoby biernie zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych oraz osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego).

imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Dodatkowe informacje:

Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?

TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy chce Pan/Pani ubiegać się o dofinansowanie:

- kosztów dojazdu do poradni
- kosztów opieki nad osobą zależną
- nie chce ubiegać się o dofinansowanie

.....
Podpis pacjenta

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																			
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Ankieta punktowa premiująca (proszę zaznaczyć właściwe)</i>	Punktacja
<p>Status na rynku pracy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) trwała niezdolność do pracy (0pkt.) 2) rencista z częściową niezdolnością do pracy (0pkt.) 3) emeryt (0pkt.) 4) bierny zawodowo <ol style="list-style-type: none"> a) do 6 m-cy (20 pkt.) b) do 12 m-cy (15 pkt.) c) powyżej 1 roku (10 pkt.) d) powyżej 3 lat (5 pkt.) 5) bezrobotny <ol style="list-style-type: none"> a) do 6 m-cy (20 pkt.) b) do 12 m-cy (15 pkt.) c) powyżej 1 roku (10 pkt.) d) powyżej 3 lat (5 pkt.) 6) zatrudniony na L4 <ol style="list-style-type: none"> a) do 60 dni (10 pkt.) b) do 120 dni (15 pkt.) c) do 182 dni (20 pkt.) 7) zatrudniony/samozatrudniony (0pkt.) 	
<p>BMI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 25,00 – 29,99 nadwaga (0 pkt.) 2) 30,00 – 34,99 I stopień otyłości (5 pkt.) 3) 35,00 39,99 II stopień otyłości (10 pkt.) 	
<p>Obszar zamieszkania na terenie woj.łódzkiego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) miasto Łódź (0 pkt.) 2) miasto średnie, które utraciło funkcję społeczno-gospodarczą (Zgierz, Aleksandrów Ł, Ozorków) (10 pkt.) 3) miejscowość/obszar wiejski słabo zaludniony (DEGURBA 3) - w powiecie zgierskim: Główno (gm. wiejska), Parzęczew, Stryków, Zgierz (gm. wiejska); w powiecie brzezińskim: Brzeziny (gm. wiejska), Dmosin, Jeżów, Rogów; w powiecie łódzkim wschodnim: Brójce, Koruszki, Nowosolna, Tuszyń (10 pkt) 	
<p>Poziom wykształcenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ISCED 6-8 - wyższe, wyższe (0 pkt.) 2) ISCED 4-5 – policealne (5 pkt.) 1) ISCED 1-3 – podstawowe, ponadgimnazjalne (10 pkt.) 	
<p>Niepełnosprawność (zaświadczenie):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tak (10 pkt.) 2) Nie (0 pkt.) 	
<p>Poziom dochodów w rodzinie (oświadczenie):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2000+ (2500+) (0 pkt.) 2) do 2000 (do 2500) (5 pkt.) 3) do 1500 (do 2000) (10 pkt.) 4) do 1000 (do 1500) (15 pkt.) 	

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																		
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek: 1) => 50 lat (20 pkt.) 2) < 50 lat (0 pkt.)	
RAZEM:	

Ankieta punktowa kwalifikująca:	Punktacja (0/1)
Wiek:	
BMI:	
Obwód talii:	
RAZEM (min. 2 pkt):	

.....
 Podpis pacjenta

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																			
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

PO MOC W ODCHUDZANIU

Wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego dotyczącego przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości” nr RPLD.10.03.02-10-A021/19-00

- 1) Zapoznałem/ -am się z zasadami udziału w Projekcie, akceptuję wszystkie zasady oraz spełniam kryteria uczestnictwa.
 - 2) Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu Rekrutacyjnym/ kwalifikującym do Projektu
 - 3) Deklaruję chęć korzystania ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach projektu wynikających z Poddziałania X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (Regionalny program zdrowotny dotyczący przeciwdziałania nadwadze i otyłości w województwie łódzkim wśród osób w wieku aktywności zawodowej na lata 2019-2023 - pilotaż „odWAŻYMY ŁÓDZKIE”), Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
 - 4) Zostałem/-am poinformowana, że Projekt nr RPLD.10.03.02-10-A021/19-00 realizowany jest w ramach Osi priorytetowej X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw, Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie do zdrowia.
 - 5 Oświadczam, że podejmę działania mające na celu podjęcie/ podtrzymanie aktywności zawodowej, a w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
 - 6) ~~W terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.~~
 - 7) Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Ankiecie Uczestnika oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej w okresie realizacji Projektu
- Upředzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniach są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika Programu