*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY PROJEKTU**

**„OnkoHarmonia: Specjalistyczne Poradnictwo Psychologiczne i Prozdrowotne dla Rodzin”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REALIZATOR** | | GÓRNOŚLĄSKA FUNDACJĘ ONKOLOGICZNĄ NA RZECZ GLIWICKIEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO INSTYTUTU ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE -PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO |
| Uzupełnia osoba przyjmująca | | |
| **NUMER** |  | ……………………………………………………………………  data i godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data urodzenia** |  | **Miejsce urodzenia** | | | | |  | | | | | |
| **Zaznacz właściwe** | Jestem osobą doświadczającą choroby nowotworowej | Jestem spokrewniona z osobą doświadczającą choroby nowotworowej | | | | | Jestem osobą wspierającą osobę doświadczającą choroby nowotworowej (brak spokrewnienia) | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | **Miejscowość** |  | | |
| **Ulica** |  | | **Nr budynku** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | |
| **Adres email:** | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIA DODATKOWO PUNKTOWANE** | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  *za osobę z niepełnosprawnościami uznaje się osobę w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.), a także osobę z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz.1878 z późn. zm.), tj. osobę z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia* | TAK NIE |
| **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi “TAK”**  Czy potrzebujesz dodatkowych udogodnień w związku z ewentualną niepełnosprawnością podczas procesu rekrutacyjnego i świadczenia usług poradniczych?  Jeśli tak, prosimy o krótkie opisanie, jakie konkretnie środki ułatwiające mogą zostać dostosowane, abyśmy mogli sprostać Twoim potrzebom i zapewnić Ci równy dostęp do projektu. Informacje te zostaną traktowane jako poufne i wykorzystane wyłącznie w celu dostosowania naszego procesu rekrutacyjnego i form świadczonych usług w ramach poradnictwa do Twoich indywidualnych potrzeb. | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** (proszę oznaczyć znakiem X) |
| **Deklaruję uczestnictwo w poradnictwie**  Poradnictwo psychologiczne  *Głównym celem indywidualnego poradnictwa psychologicznego dla rodzin doświadczających choroby nowotworowej jest zapewnienie wsparcia emocjonalnego oraz dostarczenie narzędzi i strategii radzenia sobie z wyzwaniami psychicznymi, które pojawiają się w związku z diagnozą, leczeniem oraz konsekwencjami choroby nowotworowej. Wsparcie to jest dostosowane zarówno do potrzeb osoby chorej, jak i członków jej rodziny.*  *Zakres indywidualnego poradnictwa obejmuje:*  *1. Indywidualne konsultacje psychologiczne, mające na celu zrozumienie indywidualnych trudności i uczuć osoby chorej oraz*  *jej bliskich.*  *2. Pracę nad identyfikacją i przetwarzaniem uczuć takich jak strach, złość, żal czy poczucie winy.*  *3. Pomoc w zrozumieniu psychologicznych reakcji na chorobę, jak również w budowaniu strategii radzenia sobie z nimi.*  *4. Wsparcie w procesie akceptacji nowej sytuacji, przetwarzaniu straty zdrowia lub zmienionego obrazu siebie oraz rodziny.*  *5. Doradztwo w zakresie komunikacji w rodzinie, pomagając w zrozumieniu i wyrażeniu uczuć oraz potrzeb wobec siebie*  nawzajem.  Poradnictwo prozdrowotne  *Głównym celem poradnictwa prozdrowotnego jest dostarczenie wsparcia, narzędzi oraz informacji niezbędnych rodzinom w radzeniu sobie z wyzwaniami emocjonalnymi, fizycznymi i społecznymi wynikającymi z diagnozy, leczenia i konsekwencji choroby nowotworowej.*  ***Zakres wsparcia może obejmować jedno lub więcej poniższych zakresów podkreśl te którymi jesteś zainteresowany/a:***  *1. Doradztwo żywieniowe, aby wspierać pacjenta w okresie rekonwalescencji.*  *2. Poradnictwo w dziedzinie rehabilitacji i fizjoterapii.*  *3. Doradztwo dotyczące technik relaksacyjnych, programów ćwiczeń oddechowych, praktyk mindfulness i uważności oraz*  *innych zgodnych z potrzebami pacjentów i ich rodzin*  *4. Wsparcie duchowe, pomagające odnaleźć sens w trudnościach oraz wzmocnienie relacji z własnymi wartościami i*  *przekonaniami.*  *5. Indywidualne poradnictwo dostosowane do specyficznych potrzeb osoby.* |

*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„OnkoHarmonia: Specjalistyczne Poradnictwo Psychologiczne i Prozdrowotne dla Rodzin”**

**Ja, niżej podpisany(a)**…………………….……………….………………………………………………………

**PESEL:** …………………………………………………………..……………………………………………………….

deklaruję i wyrażam zgodę na udział w projekcie **„OnkoHarmonia: Specjalistyczne Poradnictwo Psychologiczne i Prozdrowotne dla Rodzin”** realizowanym przez GÓRNOŚLĄSKĄ FUNDACJE ONKOLOGICZNĄ NA RZECZ GLIWICKIEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO INSTYTUTU ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO w okresie 01.01.2024 r. - 31.12.2025 r.

Jednocześnie oświadczam, że:

* zostałem/łam poinformowany/a, że projekt „OnkoHarmonia: Specjalistyczne Poradnictwo Psychologiczne i Prozdrowotne dla Rodzin” jest finansowany ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Wspierania Rozwoju Organizacji Poradniczych na lata 2022-2033;
* zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję wszystkie jego postanowienia;
* przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
* deklaruję udział w wybranym przez siebie poradnictwie oraz zobowiązuję się do uczestnictwa w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych na potrzeby projektu;
* zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną przedstawioną mi przez Fundację oraz przyjąłem/przyjęłam do wiadomości wszystkie moje prawa wynikające z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO);
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Projektu, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.2019.1781 z późn. zm.);
* przedstawione przeze mnie dane w formularzu rekrutacyjnym oraz oświadczeniu o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych, są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji;
* jestem świadomy/a odpowiedzialności, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………….. | ……………………………………………………………………………………. |
| *Miejscowość i data* | *Czytelny podpis Uczestnika Projektu* |