

REGULAMIN REKRUTACJI W PROJEKCIE
„Weź głęboki oddech”
Numer projektu: POWR.05.01.00-00-0014/18

Objaśnienia skrótów i terminów stosowanych w regulaminie:

Projekt – oznacza projekt „Weź głęboki oddech”

Regulamin – niniejszy regulamin określający zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Weź głęboki oddech”

Realizator projektu (Organizator) – Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II (KSS JP2)

Grupa docelowa – grupa, do której kierowany jest Projekt, określona w szczegółowych kryteriach

Uczestnik projektu – osoba, która zakwalifikowała się do udziału w projekcie

Koordynator projektu – osoba odpowiedzialna za merytorycznie za realizację i koordynację Projektu

POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

§ 1

Informacje ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Weź głęboki oddech” o numerze POWR.05.01.00-00-0014/18, realizowanym na terenie województwa małopolskiego, świętokrzyskiego oraz podkarpackiego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 5. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.
2. Celem projektu jest zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu oddechowego a także ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu. Celem projektu jest również wdrożenie ogólnopolskiego programu edukacyjnego dotyczącego przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Realizatorem projektu jest Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II z siedzibą przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie (31-202) w partnerstwie z Fundacją NEUCA dla Zdrowia z siedzibą przy ul. Bydgoskiej (Szosa) 58 w Toruniu (87-100) oraz Stowarzyszeniem Krakowski Alarm Smogowy z siedzibą przy ul. Felicjanek 10/6 w Krakowie (31-104).
3. Okres realizacji projektu: od 01.01.2019 do 31.12.2021.
4. Obszar realizacji projektu: województwo małopolskie, świętokrzyskie, oraz podkarpackie.
5. W ramach projektu programem zdrowotnym zostanie objętych w sumie 853 osób w tym:
 - a. 717 uczestników w grupie docelowej – pacjenci
 - b. 136 uczestników w grupie docelowej - personel medyczny
6. Obszar realizacji projektu: województwo małopolskie, świętokrzyskie, oraz podkarpackie.
7. W ramach projektu zostaną przeprowadzone następujące zadania:
 - a) utworzenie poradni antynikotynowej i poradnictwo specjalistyczne dla osób, które chcą rzucić palenie,
 - b) komponent wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, która przeciwdziała zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem,
 - c) działania informacyjno-edukacyjne w zakresie merytorycznym programu.

§ 2

Uczestnicy projektu

1. Grupę docelową projektu stanowią 2 grupy osób z województwa małopolskiego, świętokrzyskiego oraz podkarpackiego:
 - a) Pacjenci, w tym osoby w wieku aktywności zawodowej palące nałogowo tytoń, pracownicy palący nałogowo tytoń, osoby pracujące w narażeniu na działanie czynników szkodliwych predysponujących do powstania POChP, pracownicy służby bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - b) Personel medyczny, tj. pracownicy ochrony zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej oraz gabinetów medycyny pracy.
2. Udział w projekcie jest całkowicie bezpłatny pod warunkiem stosowania się do zapisów niniejszego regulaminu.

§ 3

Kwalifikowalność uczestników

1. Udział w projekcie ma charakter egalitarny: kwalifikowalność uczestników jest zgodna z zasadą równych szans poprzez zapewnienie dostępu do udziału w projekcie wszystkim zainteresowanym bez względu na pochodzenie, stopień niepełnosprawności i inne czynniki dyskryminujące.
2. Kwalifikowalność pacjentów jest identyfikowana na podstawie:
 - a) zgłoszenia się do lekarza POZ osób aktywnych zawodowo, u których na podstawie wywiadu zidentyfikowano potrzebę profesjonalnego wsparcia rzucenia nałogu palenia oraz dalszej diagnostyki i terapii potencjalnych chorób płuc,
 - b) samodzielnego zgłoszenia się do Poradni Antynikotynowej działającej na terenie Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.
3. Kwalifikowalność personelu medycznego jest identyfikowana na podstawie podpisanych umów o współpracy z POZ oraz gabinetami medycyny pracy na terenie województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.

§ 4

Wymagane dokumenty

1. W grupie docelowej pacjentów nie są wymagane żadne dokumenty wstępne.
2. W grupie docelowej personelu medycznego warunkiem przystąpienia do szkolenia stacjonarnego jest podpisanie umowy z POZ lub Gabinetem Medycyny Pracy w ramach której istnieje konieczność wskazania osób do uczestnictwa w szkoleniu stacjonarnym z zakresu POChP.

§ 5

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie sprawy związane z interpretacją tego regulaminu rozstrzygane są przez Organizatora i od jego decyzji nie przysługuje odwołanie.
2. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie postanowienia wynikające z umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.01.00-00-0014/18 oraz obowiązujące wytyczne i zasady realizacji w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
3. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany zapisów niniejszego regulaminu w sytuacji zmiany wytycznych, warunków realizacji projektu lub dokumentów programowych.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem jego publikacji.

Załącznik nr 1 do regulaminu uczestnictwa w projekcie

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

W PROJEKCIE „Weź głęboki oddech”

W RAMACH 5 OSI PRIORYTETOWEJ WSPRACIE DLA OBSZARU ZDROWIA PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA
EDUKACJA ROZWÓJ NA LATA 2014-20120
DZIAŁANIE 5.1 PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Dane personalne:	
Imię.....	Nazwisko.....
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Płeć : <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Adres zamieszkania:	Kraj
Miejscowość	Ul:
Nr budynku.....	Nr lokalu.....
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Powiat.....
Gmina	Województwo
E-mail:.....	Telefon kontaktowy.....
Wykształcenie:	
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
Osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód:	Zatrudniony w:.....

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:.....	Data zakończenia udziału w projekcie:.....
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> uczestnik indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
Rodzaj przyznanego wsparcia:	
<input type="checkbox"/> Działania informacyjno – edukacyjne <input type="checkbox"/> Edukacja prozdrowotna	<input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Opieka nad osobą niesamodzielną
Data rozpoczęcia udziału we wsparciu.....	Data zakończenia udziału we wsparciu.....