Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr **FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall”** realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI	
Data przyjęcia:	Data ……..r.
Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/tki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości (D.O. do wglądu) *…….* *podpis osoby przyjmującej formularz*	

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Instrukcja dotycząca wypełnienia i składania formularza rekrutacyjnego (zał. 1 do Regulaminu Uczestnictwa w Projekcie):

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
4. Braki w formularzu będzie można poprawić tylko raz po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia.
5. Formularz należy czytelnie podpisać w wyznaczonym miejscu.
6. Wypełniony formularz wraz z załącznikami można składać:
   w Biurze Projektu: Wojska Polskiego 77, 97-300 Piotrków Trybunalski
   lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
   kontakt z biurem pod nr telefonu:
   662 107 803 wew. 3

elektronicznie - na adres: a.krawczyk@medicall.com.pl W przypadku dokonania zgłoszenia w formie elektronicznej warunkiem rozpoczęcia udziału w projekcie jest dostarczenie oryginałów dokumentacji rekrutacyjnej przekazanej w formie mailowej.

I DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
1.	Obywatelstwo	☐ polskie ☐ obywatel kraju UE (jaki kraj……) ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE- inne (proszę podać……
2.	Rodzaj Uczestnika	☒ indywidualny ☐ pracownik lub przedstawiciel Instytucji
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	Nr PESEL…… ☐ brak nr PESEL
6.	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
7.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	

8.	Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)
II MIEJSCE ZAMIESZKANIA (OŚWIADCZAM IŻ ZAMIESZKUJĘ NA OBSZARZE REALIZACJI PROJEKTU : Miasto Piotrków Trybunalski, powiat piotrkowski, powiat bełchatowski,		
9.	Kraj	
10.	Województwo	
11.	Powiat	
12.	Gmina	
13.	Miejscowość	
14.	Kod pocztowy	
15.	Telefon kontaktowy	
16.	Adres e-mail	

Na potwierdzenie miejsca zamieszkania/statusu mieszkańca obszaru realizacji projektu należy załączyć jeden z wymienionych dokumentów:

a. deklaracja PIT za ostatni rok podatkowy – pierwsza strona z adresem zamieszkania wraz z potwierdzeniem złożenia,

b. wyciąg z urzędu skarbowego,

c. kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości,

d. umowa najmu,

e. pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata,

f. wydruk ze strony Platformy Usług Elektronicznych ZUS.

Wystarczający jest jeden z wyżej wymienionych, przykładowych dokumentów.

g. zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu ze wskazanym adresem zamieszkania

Uwaga: Zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy ze wskazanym adresem zamieszkania pracownika, a tym samym potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika projektu zarówno w zakresie statusu pracownika jak i mieszkańca obszaru realizacji projektu może zostać zawarte w jednym dokumencie.

III STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
17	Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
18	Osoba państwa trzeciego	☐ tak ☐ nie
19	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) **dane wrażliwe*	☐ nie ☐ nie wyrażam zgody na podanie informacji ☐ tak
20.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań	☐ nie ☐ tak
21.	Osoba z niepełnosprawnościami**dane wrażliwe*	☐ nie ☐ nie wyrażam zgody na podanie informacji ☐ tak

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Jeśli zaznaczono odpowiedź twierdzącą należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.: 1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością / inny dokument potwierdzający niepełnosprawność 2) dokumentów wymienionych w ustawie z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, notatka służbowa potwierdzająca weryfikację legalności pobytu na podstawie przedstawionego dokumentu, np. Diia.pl; 3) zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu; 4) dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej karty pobytu.		
22.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	❒ osoba pracująca <u>W tym:</u> ❒ Osoba pracująca na własny rachunek ❒ Osoba pracująca w administracji rządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty) ❒ Osoba pracująca w administracji samorządowej z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty ❒ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej ❒ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ❒ Osoba pracująca w MMŚP ❒ Osoba pracująca w szkole lub placówce oświaty (kadra pedagogiczna) ❒ Osoba pracująca w szkole lub placówce oświaty (kadra niepedagogiczna) ❒ Osoba pracująca w placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ❒ Osoba pracująca na uczelni ❒ Osoba pracująca w instytucie naukowym ❒ Osoba pracująca w instytucie badawczym ❒ Osoba pracująca w ramach sieci badawczej Łukasiewicz ❒ Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ❒ Osoba pracująca dla federacjj podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ❒ Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ❒ inne

		❒ osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym: ❒ osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) ❒ inna
Osoby bezrobotne poszukujące pracy uzyskają informacje na temat działań aktywizujących oraz informacji na temat możliwości uzyskania wsparcia w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej realizowanych w ramach programu regionalnego odnajdziesz na stronie internetowej https://funduszeue.lodzkie.pl/wup (zakładka „już teraz możesz skorzystać z programu)		
Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć: **1.osoby pracujące:** • zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy • wydruk z CEIDG/KRS • potwierdzenie opłaty składek do ZUS/KRUS/zaświadczenie z gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego **2.osoby zarejestrowane jako bezrobotne:** zaświadczenie z PUP o statusie bezrobotnego Zaświadczenia o których mowa wyżej ważne są 30 dni od dnia wydania.		
V SZCZEGÓLNE POTRZEBY		
23	Czy w związku z uczestnictwem w projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/ innej?	☐ nie ☐ tak Jakie? …… …… ……
OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU		
Ja niżej podpisany/-a deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie nr **FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall”,** w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w projekcie:		
I Kryteria formalne:		

Miejsce zamieszkania – na terenie województwa łódzkiego: **- Miasto Piotrków Trybunalski,** **- powiat piotrkowski,** **- powiat bełchatowski,**	TAK NIE
Status osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej w Urzędzie Pracy a status został potwierdzony dokumentacją	TAK NIE
Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w minimum jednej ze wskazanych kategorii: M15 Zwyrodnienie wielostawowe, M16 Koksartroza, M17 Gonartroza, M19 Inne zwyrodnienia stawów, M40 Kifoza i lordoza, M41Skolioza, M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 Inne choroby kręgosłupa, M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, M50 Choroby kręgów szyjnych, M51 Inne choroby krążka międzykręgowego, M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej, M54 Bóle grzbietu, M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem, M75 Uszkodzenia barku, M76 Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy, M77 Inne entezopatie, M95 Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej.	TAK NIE
Oświadczam, iż dysponuję dokumentacją medyczną potwierdzającą diagnozę. Dokumentacja medyczna jest **nie starsza niż 12 miesięcy** – jako dokumentację rozumiemy wyłącznie: • wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych oraz (ewentualnie dodatkowo) zaświadczenie lekarskie, • odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego,	
Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	TAK NIE

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Wyrażam zgodę a na udział w Programie	TAK NIE	
Nie korzystałem/am w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych **dokument potwierdzający** **Zaświadczenie NFZ nie starsze niż 30 dni od dnia wydania** **Wydruk IKP** **Adnotacja na oświadczeniu o weryfikacji**	TAK NIE	
2. Kryteria dodatkowe (PREFERENCYJNE)		**Liczba punktów**
Jestem osobą w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	TAK NIE	2 pkt.
Jestem osobą powracającą do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskich (>30 dni) lub osobą ponownie wracającą na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy (związanej z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych +1pkt **Dokument potwierdzający:** **kopia wydruku e-ZLA**	TAK NIE	1 pkt.
	Suma punktów	/3

<u>Oświadczenie:</u>

W związku z ubieganiem się o przyjęcie do projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, Regulaminem aktywności fizycznej oraz regulaminem zwrotu kosztów dojazdu i akceptuję ich treść,
2. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
3. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
4. jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Realizatora obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na

sfinansowanie mojego udziału w projekcie, Realizator będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

5. Uzyskałem informacje na temat działań aktywizujących oraz informacji na temat możliwości uzyskania wsparcia w projektach z zakresu aktywizacji zawodowej realizowanych w ramach programu regionalnego *(dotyczy osób bezrobotnych)*

Piotrków Trybunalski ……..…… ……..
(miejscowość, data) podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

Załącznik A
Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu

Administrator danych:
Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby Administratora.

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Źródło danych: Instytucje i podmioty zaangażowane w realizację Programu, w tym w szczególności Beneficjent i Partner. Przetwarzane dane to w szczególności: Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/ inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu).

Cel i podstawa prawna przetwarzania:

1) rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 - art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (w zależności od projektu) w związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej; Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013; ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021- 2027;

2) archiwizacja dokumentów - art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

Kategoriami odbiorców danych: Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, Minister właściwy ds. finansów publicznych, podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, dostawcy usług IT i operatorzy telekomunikacyjni, pocztowi, firmy kurierskie, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa – na ich żądanie.

Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego może przetwarzać dane osobowe zgromadzone w związku z realizacją projektu wykonując zadania związane z koordynacją realizacji programów. Dane kontaktowe Administratora i IOD: ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: IOD@mfipr.gov.pl. Pełną informację o zasadach przetwarzania danych zawiera dokument Ogólne zasady przetwarzania danych osobowych w ramach Funduszy Europejskich 2021-2027 dostępny na stronie www.funduszeeuropejskie.gov.pl w zakładce O funduszach części zatytułowanej Przetwarzanie danych osobowych. Okres przechowywania: dane będą przechowywane 10 lat od zakończenia sprawy Beneficjenta, licząc w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty jej zakończenia, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może zostać przedłużony

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Przysługujące prawa:
1) dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania a na czas poprawiania danych prawo żądania do ograniczenia przetwarzania,
2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie https://uodo.gov.pl/ , w przypadku przetwarzania danych niezgodnie z przepisami prawa

Piotrków Trybunalski ……..…… ……..…….
(miejscowość, data) podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

Załącznik nr B Oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych (załącznik D do RPZ),

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8" oświadczam, że:

Zgłaszając się do udziału w projekcie **Projekt FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027** w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu" **oświadczam, że** nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
  - ➢ „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego" lub
  - ➢ „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy" lub
  - ➢ „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu",
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Piotrków Trybunalski …….. ……..
(miejscowość, data) podpis - **imię i nazwisko Kandydata/ki***

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

Zgodna na weryfikację danych w systemie IKP

Wyrażam zgodę na weryfikację przez pracownika Beneficjenta moich danych w systemie Internetowe Konto Pacjenta.

……..

data i podpis Kandydata/tki

Adnotacja z weryfikacji IKP

Oświadczam, iż dokonałam wspólnie z kandydatem weryfikacji danych zawartych w IKP pacjenta **na dzień:……**

w zakresie nie korzystania w ciągu ostatnich 6 miesięcy z zabiegów rehabilitacyjnych i świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych oraz oświadczam, iż kandydat:

KWALIFIKUJE SIĘ / ~~NIE KWALIFIKUJE SIĘ~~[1] do programu.

……..

data i podpis Osoby dokującej weryfikacji

[1] Niepotrzebne skreślić