**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Mazańcowicach i powiecie bielskim, w Centrum Medycznym Medea”**

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy

DZIAŁANIE 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie

w zatrudnieniu i powrót do pracy

PODDZIAŁANIE 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs

***UWAGA!*** *Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Mazańcowicach i powiecie bielskim, w Centrum Medycznym Medea”. Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić w sposób czytelny.* ***Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** *(pola należy uzupełnić lub właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)* | | | | | | |
| **Imię (Imiona)** |  | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | |
| **PESEL** *(jeśli nie ma numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR)* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **Wiek** |  | | | | | |
| **Płeć** | * kobieta | | * mężczyzna | | | |
| **Wykształcenie** | * **niższe niż podstawowe** **lub brak wykształcenia** *(brak formalnego wykształcenia)* * **podstawowe** *(ukończona 6-letnia szkoła podstawowa)* * **gimnazjalne** *(ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa)* * **ponadgimnazjalne** *(ukończona szkoła średnia ogólnokształcąca lub technikum lub ukończona zasadnicza szkoła zawodowa)* * **policealne** *(ukończona szkoła policealna)* * **wyższe** *(ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie lub inżynierskie, magisterskie, doktoranckie)* | | | | | |
| **Adres zamieszkania** (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego[[1]](#footnote-1)) | Województwo: | | | | | |
| Powiat: | | | | | |
| Gmina: | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | |
| Kod pocztowy: | | | | | |
| Ulica: | | | | | |
| Numer budynku: | | | | | |
| Numer lokalu *(jeśli dotyczy)*: | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** *(pola należy uzupełnić lub właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)* | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy\*** |  | | | | | |
| **Adres e-mail\*** |  | | | | | |
| \* Kandydat jest zobowiązany do podania przynajmniej jednej formy kontaktu. | | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** *(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)* | | | | | | |
| * **Osoba bezrobotna zarejestrowana** **w ewidencji Urzędu Pracy** (należy załączyć zaświadczenie o pozostawaniu w rejestrze UP)   *(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest**zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)*  W tym:   * **Długotrwale bezrobotna**   *(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)* | | | | | | |
| * **Osoba bezrobotna niezarejestrowana** **w ewidencji Urzędu Pracy**   *(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana wrejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)*  W tym:   * **Długotrwale bezrobotna**   *(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*   * *osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej.)* | | | | | | |
| * **Osoba bierna zawodowo**   *(osoba powyżej 15 roku życia, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, ale jest w kondycji fizycznej umożliwiającej podjęcie zatrudnienia)*  W tym:   * **Osoba ucząca się (w trybie dziennym)**   *(osoba, która uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym, rozumianym jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym).*   * **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu**   *(osoba, która nie uczy się ani nie szkoli)*   * **Inne** | | | | | | |
| * **Osoba pracująca**   *(osobą pracującą jest osoba, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, w tym prowadząca gospodarstwo rolne;* *bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek)*  W tym:  *(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)*   * w administracji rządowej * w administracji samorządowej * w organizacji pozarządowej * w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie * w dużym przedsiębiorstwie * prowadząca działalność na własny rachunek * inne   Wykonywany zawód:  *(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)*   * Instruktor praktycznej nauki zawodu * Nauczyciel kształcenia ogólnego * Nauczyciel wychowania przedszkolnego * Nauczyciel kształcenia zawodowego * Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * Kluczowy pracownik[[2]](#footnote-2) instytucji pomocy i integracji społecznej * Pracownik instytucji rynku pracy * Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej * Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * Pracownik poracni psychologiczno-pedagogicznej * Rolnik * Inny   Jestem zatrudniony/a w:.....................................................................................................*...........................................*  *(pełna nazwa zakładu pracy/pracodawcy/prowadzonej działalności gospodarczej)*  *Należy załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy lub wydruk poświadczony za zgodność z oryginałem z CEIDG – jeśli dotyczy)* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **STATUS W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** *(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)* | | | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej[[3]](#footnote-3) lub etnicznej[[4]](#footnote-4), migrant, osoba obcego pochodzenia[[5]](#footnote-5)** *(dane wrażliwe)*  *(Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości)* | | * Tak | | * Nie | * Odmowa   podania informacji | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  *(Osoby bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów), osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)* | | * Tak | | | | * Nie |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** *(dane wrażliwe)*  *(osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)*  Należy załączyć kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności poświadczonego przez kandydata za zgodność z oryginałem lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | | * Tak | | * Nie | * Odmowa   podania informacji | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** *(dane wrażliwe)*  *(osoba z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe lub bez wykształcenia będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu wykształcenia podstawowego, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich)* | | * Tak | | * Nie | * Odmowa   podania informacji | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE – KRYTERIA REKRUTACYJNE**  **w ramach Regionalnego Programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno- stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022**  *(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X lub uzupełnić)* | | |
| Czy deklaruje Pan/i gotowość do podjęcia zatrudnienia (dotyczy osób nieaktywnych zawodowo)? | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na zwyrodnienia wielostawowe (M15) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych (koksartroza) (M16) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych (gonartroza) (M17) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego (M18) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na inne choroby zwyrodnieniowe (M19) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na choroby kręgów szyjnych (M50) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na inne choroby krążka międzykręgowego (M51) | * Tak | * Nie |
| Czy chorował/a Pan/i lub choruje na bóle grzbietu (M54) | * Tak | * Nie |
| Czy korzystał/a Pan/i ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wyżej wymienionych jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu? | * Tak | * Nie |

............................................... ………………..………………

MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa ” w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Mazańcowicach i powiecie bielskim, w Centrum Medycznym Medea” i akceptuję jego warunki.
3. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie i Formularzu jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Mazańcowicach i powiecie bielskim, w Centrum Medycznym Medea”.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Mazańcowicach i powiecie bielskim, w Centrum Medycznym Medea”.
5. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mnie dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w Projekcie.
8. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy o niniejszym oświadczam, że ww. dane są prawdziwe. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a, że w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Mazańcowicach i powiecie bielskim, w Centrum Medycznym Medea będzie miała prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
9. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania ................................... o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

............................................... ………………..………………

MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Kluczowy pracownik** - osoba zajmująca się bezpośrednią pomocą osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym w formie usług aktywizacyjnych, pracy socjalnej i innych usług społecznych, w szczególności pracownik socjalny i aspirant pracy socjalnej. Instytucje pomocy i integracji społecznej - jednostki organizacyjne pomocy społecznej wymienione w ustawie o pomocy społecznej oraz podmioty, o których mowa w ustawie o zatrudnieniu socjalnym. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Mniejszości etniczne**: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-4)
5. **Migrant,** **osoba obcego pochodzenia** - cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski [↑](#footnote-ref-5)