

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

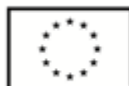
Bezpłatny program rehabilitacji leczniczej w Poddębickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Wypełnia przyjmujący formularz:

DATA ZAŁOŻENIA	PIERWSZEŃSTWO W REKRUTACJI	TAK / NIE
		Liczba dodatkowych punktów:

Zweryfikowano datę urodzenia uczestnika projektu w oparciu o wgląd do dokumentu tożsamości.	..... Data i podpis Beneficjenta
---	-------------------------------------

Dane ogólne:									
Nazwisko									
Imię/imiona									
Pesel									
*W sytuacji innego obywatelstwa niż polskie oraz braku numeru PESEL proszę o wpisanie innego identyfikatora.									
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie			<input type="checkbox"/> Brak obywatelstwa polskiego – obywatel kraju UE			<input type="checkbox"/> Brak obywatelstwa polskiego lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec		
Adres zamieszkania:									
Województwo	ŁÓDZKIE	Powiat	Poddębicki				Gmina		
Miejscowość				Kod			-	Poczta	
Ulica						Nr domu		Nr lokalu	
Nr telefonu			Adres e-mail						
Adres korespondencyjny jeśli inny niż zamieszkania:									

**Zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce**

Wyszałcenie:					
<input type="checkbox"/> <b>Brak</b>  /brak formalnego wyszałcenia/	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b>  /kszałcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej/	<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b>  /kszałcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej/	<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b>  /kszałcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wyszałcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)/	<input type="checkbox"/> <b>Policealne</b>  /kszałcenie ukończone na poziomie wyższym niż kszałcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wyszałceniem wyższym/	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b>  /pełne i ukończone wyszałcenie na poziomie wyższym

**Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:****WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY PRACUJĄCE**

<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMSp (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zaradzająca)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na uczelni	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie naukowym	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie badawczym	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	<input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	<input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	<input type="checkbox"/> inne			

**WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY BEZROBOTNE**

**Uwaga!** Po zaznaczeniu statusu prosimy o sprawdzenie czy jesteś osobą długotrwale bezrobotną, jeżeli nie zaznacz odpowiedź „inne”.

**Definicja Osoby długotrwale bezrobotnej** – definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku:

- młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy),
- dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).

Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:

długotrwale bezrobotna

inne



Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Pierwszeństwo w rekrutacji:		
Jestem osobą powracającą do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskim (powyżej 30 dni) – 5 pkt.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą ponownie wracającą na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy (niezdolność do pracy związana z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych) - 5 pkt.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą powyżej 50 roku życia – 5 pkt.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

**W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić (tłumacz języka migowego, pomoc asystenta, powiększony tekst dokumentacji, inne - podać jakie).**

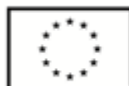
### Oświadczenia

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach zaistniałych w moich danych osobowych.
- Zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie Bezpłatny program rehabilitacji leczniczej w Poddębickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. oraz akceptuję zawarte w nim warunki.
- Oświadczam, iż jestem osobą narażoną na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub potrzebującą świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia/ powrotu do zatrudnienia.
- Oświadczam, iż zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na obszarze powiatu poddębickiego.
- Oświadczam, że jestem osobą której stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.
- Oświadczam, iż jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii: M15-17, M19, M40-41, M47-51, M53-54, M70, M75-77, M95.



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



województwo  
**łódzkie**

8. Nie korzystałam/em z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy (co potwierdzam stosownym oświadczeniem).
9. Wyrażam zgodę i chęć uczestnictwa w projekcie pn. **Bezpłatny program rehabilitacji leczniczej w Poddębickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

**Poddębice.....**  
**miejsowość i data**

.....  
**czytelny podpis Uczestnika**