



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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	☐ Obywatelstwo polskie			☐ Brak obywatelstwa polskiego – obywatel kraju UE				☐ Brak obywatelstwa polskiego lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec			
Adres zamieszkania:											
Województwo	ŁÓDZKIE		Powiat	Poddębicki				Gmina			
Miejscowość				Kod			-		Pocztą		
Ulica							Nr domu			Nr lokalu	
Nr telefonu				Adres e-mail							
Adres korespondencyjny jeśli inny niż zamieszkania:											

**Zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce**

Wykształcenie:					
☐ Brak /brak formalnego wykształcenia/	☐ Podstawowe /kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej/	☐ Gimnazjalne /kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej/	☐ Ponadgimnazjalne /kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)/	☐ Policealne /kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym/	☐ Wyższe /pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym

Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:						
WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY PRACUJĄCE						
☐ Osoba pracująca w administracji rządowej	☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]	☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	☐ Osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
☐ Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	☐ Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	☐ Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	☐ Osoba pracująca na uczelni	☐ Osoba pracująca w instytucie naukowym	☐ Osoba pracująca w instytucie badawczym	☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	☐ 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	☐ Tak	☐ Nie
Osoba państwa trzeciego	☐ Tak	☐ Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak	☐ Nie

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



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.**

Podpisać.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika