**Załącznik nr 1**

do Regulaminu Projektu pn. „Prosto do sprawności”

|  |
| --- |
| **Potwierdzenie złożenia wniosku (wypełnia Biuro ds. Rekrutacji)** |
| **Data wpływu Formularza** **Rekrutacyjnego** | **Godzina**  | **Numer rekrutacyjny**  |
|  |  |  |
| Potwierdzam weryfikację tożsamości/ wieku/ obywatelstwa Kandydatki/ Kandydata na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości…………………………………………..podpis osoby przyjmującej formularz |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**I CZĘŚĆ – DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| 1. **PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE**
 |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **Płeć:** (zaznacz „X”) | 🞏 **Kobieta** 🞏 **Mężczyzna** | **Wiek** (w momencie przystąpienia do Projektu) |  |
| **Data urodzenia:** |  | **Miejsce urodzenia:** |  |
| **PESEL:** |  | 🞏 Brak PESEL |
| **Obywatelstwo:** |  |
| **Numer telefonu:** |  |
| **E-mail:** |  |
| 1. **MIEJSCE ZAMIESZKANIA**
 |
| **Województwo:** |  | **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  | **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  | **Numer budynku/lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  | **Poczta:** |  |
| **Kraj:** |  |
| 1. **ADRES DO KORESPONDENCJI** (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania)**:**
 |
| **Województwo:** |  | **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  | **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  | **Numer budynku/lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  | **Poczta:** |  |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE** (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)
 |
| 🞏 **niższe niż podstawowe (ISCED 0)**  | 🞏 **podstawowe (ISCED 1)** |
| 🞏 **gimnazjalne (ISCED 2)** | 🞏 **ponadgimnazjalne (ISCED 3)** |
| 🞏 **policealne (ISCED 4)** | 🞏 **wyższe (ISCED 5-8)** |
| 1. **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)
 |
| **Oświadczam, że jestem:** |
| 1. osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| - długotrwale bezrobotną (w okresie dłuższym niż 12 miesięcy) | 🞏 | **TAK** | 🞏 | **NIE** |
| - inne (np. osoby, które nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego/ rodzicielskiego) | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. osobą bierną zawodowo[[1]](#footnote-1)
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| w tym: - osobą uczącą się- osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu  | 🞏 **TAK**🞏 **TAK** | 🞏 **NIE**🞏 **NIE** |
| 1. osobą pracującą
 | 🞏 **TAK**  | 🞏 **NIE** |
| **- w tym:** (należy wypełnić jedynie w przypadku osoby pracującej poprzez zaznaczenie właściwego pola „X”)**:** |
| * osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 | * osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
 |
| * osoba pracująca w administracji rządowej
 | * osoba pracująca na uczelni
 |
| * osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]
 | * osoba pracująca w instytucie naukowym
 |
| * osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 | * osoba pracująca w instytucie badawczym
 |
| * osoba pracująca w MMŚP (w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)
 | * osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
 |
| * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 | * osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
 |
| * osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
 | * osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
 |
| * osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
 | * osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
 |
| * osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
 | * Inne
 |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)
 |
| **Oświadczam, że jestem:** |
| 1. Osobą z niepełnosprawnością
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE**🞏 **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
| 1. Obywatelem państwa trzeciego
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. Osobą obcego pochodzenia
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. Osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE**🞏 **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
| 1. Osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |

**II CZĘŚĆ – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE** (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria.Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)
 |
| 1. Jestem mieszkanką/ mieszkańcem Łodzi
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. Jestem osobą pracującą lub osobą bezrobotną zarejestrowaną
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. Jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej (co najmniej jedną) zgodną z kodami ICD-10 wymienionymi w RPZ oraz Regulaminie Projektu i posiadam dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę (nie starszą niż 12 miesięcy, liczone od daty złożenia formularza zgłoszeniowego).
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym
 | 🞏 **TAK** | 🞏 **NIE** |
| 1. Nie korzystałam/ nie korzystałem w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz zobowiązuje się nie korzystać w okresie udziału w Projekcie z tych samych zabiegów (jak oferowane w ramach niniejszego Projektu) i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym NFZ
 | 🞏 **NIE KORZYSTAŁAM/ NIE KORZYSTAŁEM** | 🞏**KORZYSTAŁAM/ KORZYSTAŁEM** |

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA PREMIUJĄCE** (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)
 |
| **Oświadczam, że jestem:**  |
| 1. **osobą w wieku 50+ (tzn. w momencie składania niniejszego formularza mam ukończone 50 lat)**

☐ tak (5 pkt.) – jeśli zaznaczono „tak”, należy złożyć podpis poniżej…………………………………………………………………………………………………..Data i podpis Kandydatki/ Kandydata |
| 1. **osobą powracającą do pracy po zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni lub ponownie wracającą na rynek pracy po długotrwałej niezdolności po pracy związanej z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych**

☐ tak (5 pkt.) – jeśli zaznaczono „tak”, należy złożyć podpis poniżej…………………………………………………………………………………………………..Data i podpis Kandydatki/ Kandydata |

…………………………………… ………………………………………. (miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata)

**Załącznik do formularza:**

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie oraz oświadczenia (zał. nr 1 do Formularza rekrutacyjnego)
2. Pierwsza strona PIT za ostatni rok podatkowy wraz z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym/ potwierdzeniem nadania na poczcie/ potwierdzeniem UPO, jeżeli PIT był złożony przez Internet LUB wyciąg z Urzędu Skarbowego LUB kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości LUB umowa najmu LUB pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ ścieki/ odpady komunalne wskazująca adresata LUB wydruk ze strony PUE dot. miejsca zameldowania
3. Zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę LUB zaświadczenie o wpisie do CEIDG/ wyciąg z KRS (osoba samozatrudniona) LUB zaświadczenie z KRUS (osoba pracująca w rolnictwie) LUB zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (osoba bezrobotna) – dokument należy dostarczyć w terminie wskazanym przez Biuro Projektu, jednak nie później niż w dniu I porady rehabilitacyjnej
4. Orzeczenie o niepełnosprawności – jeśli dotyczy

**Załącznik nr 1**

**do Formularza rekrutacyjnego**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE ORAZ OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisany(a)

……………………………………………………...……………………………… (imię i nazwisko)

PESEL:……………………………………………………………………………………………….…

Wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. „Prosto do sprawności” realizowanym przez Miasto Łódź i Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Funduszy Europejskich dla Łódzkiego 2021 - 2027 współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie 8.04. „Zdrowy pracownik. Rehabilitacja narządu ruchu”.

**Oświadczam równocześnie, że:**

1. Zastałam/ zostałem poinformowana/ poinformowany, iż projekt „Prosto do sprawności” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
2. Zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem Projektu pn. „Prosto do sprawności” oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, zgodnie z Regulaminem Projektu „Prosto do sprawności” uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
4. Jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej (co najmniej jedną) w 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.
5. Posiadam dokumentację medyczną potwierdzającą jednostkę chorobową dotyczącą układu ruchu zgodną z RPZ nie starszą niż 12 miesięcy liczone od daty złożenia dokumentów rekrutacyjnych.
6. Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.
7. Nie korzystałam/ nie korzystałem w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz zobowiązuje się nie korzystać w okresie udziału w Projekcie z tych samych zabiegów (jak oferowane w ramach niniejszego Projektu) i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych tj.:
8. NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ);
9. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS);
10. Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS);
11. Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON);
12. 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 „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”;
13. 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).
14. Przedstawione przeze mnie w dokumentacji rekrutacyjnej dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
15. Potwierdzam, że zapoznałam/ zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi RODO dla uczestnika indywidualnego projektu.

…………………………………… ………………………………………………... (miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata)

**Pouczenie:**

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie
z §233 Kodeksu Karnego

1. Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). [↑](#footnote-ref-1)