

**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**

I. PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE			
Imię:		Nazwisko:	
Płeć: (zaznacz „X”)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek (w momencie przystąpienia do Projektu)	
Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
PESEL:		<input type="checkbox"/> Brak PESEL	
Obywatelstwo:			
Numer telefonu:			
E-mail:			
II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	



<b>Kraj:</b>		
<b>III. ADRES DO KORESPONDENCJI</b> (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):		
<b>Województwo:</b>		<b>Powiat:</b>
<b>Gmina:</b>		<b>Miejscowość:</b>
<b>Ulica:</b>		<b>Numer budynku/lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>
<b>IV. WYKSZTAŁCENIE</b> (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)		
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)	<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)	
<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)	
<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
<b>V. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)		
<b>Oświadczam, że jestem:</b>		
1. osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- długotrwale bezrobotną (w okresie dłuższym niż 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- inne (np. osoby, które nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego/ rodzicielskiego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. osobą bierną zawodowo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- osobą uczącą się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. osobą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

<sup>1</sup> 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).



**- w tym:** (należy wypełnić jedynie w przypadku osoby pracującej poprzez zaznaczenie właściwego pola „X”):

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

**VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

**Oświadczam, że jestem:**

1. Osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Obywatelem państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5. Osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**II CZĘŚĆ – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

<b>VII. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE</b> (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie <b>MUSI</b> PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)		
1. Jestem mieszkanką/ mieszkańcem Łodzi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą pracującą lub osobą bezrobotną zarejestrowaną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. 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).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. 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	<input type="checkbox"/> <b>NIE KORZYSTAŁAM/ NIE KORZYSTAŁEM</b>	<input type="checkbox"/> <b>KORZYSTAŁAM / KORZYSTAŁEM</b>

<b>VIII. KRYTERIA PREMIUJĄCE</b> (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)
<b>Oświadczam, że jestem:</b>
<b>1. osobą w wieku 50+ (tzn. w momencie składania niniejszego formularza mam ukończone 50 lat)</b>
<input type="checkbox"/> tak (5 pkt.) – jeśli zaznaczono „tak”, należy złożyć podpis poniżej
.....
Data i podpis Kandydatki/ Kandydata



**2. 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

.....  
(miejsowość, 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 pocście/ 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. Zostałam/ 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 Zwyródnienie wielostawowe, M16 Koksartroza, M17 Gonartroza, M19 Inne zwyrodnienia stawów, M40 Kifoza i lordoza, M41 Skolioza, M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 Inne choroby kręgosłupa, M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, M50 Choroby kręgów szyjnych, M51 Inne choroby kręzka międzykręgowego, M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej, M54 Bóle grzbietu, M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, 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.:
  - a) NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ);
  - b) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS);
  - c) Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS);



- d) Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON);
  - e) 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”;
  - f) budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorzady powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorzady gminne).
8. 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.
9. Potwierdzam, że zapoznałam/ zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi RODO dla uczestnika indywidualnego projektu.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata)

**Pouczenie:**

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