



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24-00 „Program rehabilitacji w zakresie narządu ruchu dla pacjentów z powiatu sieradzkiego i łaskiego” współfinansowany ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI	
Data przyjęcia:	Datar.
<i>Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/teki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości</i>	
..... podpis osoby przyjmującej formularz	

I DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
1.	Obywatelstwo	☐ polskie ☐ obywatel kraju UE (jaki kraj.....) ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE- inne (proszę
2.	Rodzaj Uczestnika	☒ indywidualny ☐ pracownik lub przedstawiciel Instytucji
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	Nr PESEL..... ☐ brak nr PESEL
6.	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24

7.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
8.	Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)

II MIEJSCE ZAMIESZKANIA

9.	Kraj	
10.	Województwo	
11.	Powiat	
12.	Gmina	
13.	Miejscowość	
14.	Ulica	
15.	Nr budynku	
16.	Nr lokalu	
17.	Kod pocztowy	
18.	Telefon kontaktowy	
19.	Adres e-mail	

Na potwierdzenie miejsca zamieszkania należy załączyć:

- deklarację PIT-TYLKO PIERWSZA STRONA dokument z roku 2023 lub zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające miejsce zamieszkania
- zaświadczenie o statusie osoby bezrobotnej
- zaświadczenie o zatrudnieniu (z adresem miejsca pracy)

ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na adres inny niż wskazany powyżej)

20.	Miejscowość	
20.	Kod pocztowy	
21.	Ulica, nr ulicy	
22.	Nr mieszkania	

III STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24

23.	Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
24.	Osoba państwa trzeciego	☐ tak ☐ nie
25.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)* <i>dane wrażliwe</i>	☐ nie ☐ nie wyrażam zgody na podanie informacji ☐ tak
26.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań	☐ nie ☐ tak
27.	Osoba z niepełnosprawnościami* <i>dane wrażliwe</i>	☐ nie ☐ nie wyrażam zgody na podanie informacji ☐ tak

Jeśli w pkt. 23-27 zaznaczono odpowiedź twierdzącą należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:

- 1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością / inny dokument potwierdzający niepełnosprawność
- 2) dokumentów wymienionych w ustawie z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, notatka służbowa potwierdzająca weryfikację legalności pobytu na podstawie przedstawionego dokumentu, np. Diia.pl;
- 3) zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu;
- 4) dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej

28.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba pracująca <u>W tym:</u> ☐ Osoba pracująca na własny rachunek ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty) ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ Osoba pracująca w
-----	--	--



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24

		organizacji pozarządowej
		☐ osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy, <u>w tym</u> : ☐ osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) ☐ inna

Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć:

1. osoby pracujące:

- zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy
- wydruk z CEIDG/KRS
- potwierdzenie opłaty składek do ZUS/KRUS/zaświadczenie z gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego

2. osoby zarejestrowane jako bezrobotne: zaświadczenie z PUP o statusie bezrobotnego

V SZCZEGÓLNE POTRZEBY

29.	Czy w związku z uczestnictwem w projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/	☐ nie ☐ tak Jakie?
-----	---	--

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24

Ja niżej podpisany/-a deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie FELD.08.04-IZ.00-0037/24

„Program rehabilitacji w zakresie narządu ruchu dla pacjentów z powiatu sieradzkiego i łaskiego” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria

I Kryteria formalne:

Wiek-od 15 do 89 lat	TAK	NIE
Miejsce zamieszkania – na terenie województwa łódzkiego: gmina Brzeźnio, gmina Widawa	TAK	NIE
Status osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej potwierdzony dokumentacją	TAK	NIE

Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w minimum jednej ze wskazanych kategorii: M15, M16, M17, M19, M40, M41, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M70, M75, M76, M77, M95	TAK	NIE
Oświadczam, iż dysponuję dokumentacją medyczną potwierdzającą diagnozę. Dokumentacja medyczna jest nie starsza niż 12 miesięcy – jako dokumentację rozumiemy wyłącznie: - wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych oraz (ewentualnie dodatkowo) zaświadczenie lekarskie, - odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego,		
Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	TAK	NIE
Wyrażam zgodę a na udział w Programie	TAK	NIE
Nie korzystałem/am w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (oświadczenie – załącznik nr 3)	TAK	NIE
2. Kryteria dodatkowe (PREFERENCYJNE)		Liczba punktów



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0037/24

Jestem osobą w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	TAK	NIE	1 pkt.
Jestem osobą powracającą do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskich (>30 dni) / os. ponownie wracającą na rynek pracy po długoterminowej niezdolności do pracy (związanej z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych) wg np. druku e-ZLA (należy dołączyć, jeśli dotyczy)	TAK	NIE	2 pkt.
Jestem osobą pracującą narażoną na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych/ osobą zarejestrowaną jako bezrobotna, potrzebująca świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia	TAK	NIE	3pkt.
Suma punktów			/6

Oświadczenie:

W związku z ubieganiem się do przyjęcia do projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie i udziału w projekcie i akceptuję jego treść,
2. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
3. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
4. jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Realizatora obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie, Realizator będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

.....

(miejscowość, data)

.....

podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*