Załącznik nr 1 do Regulaminu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKÓW PROJEKTU**  ***Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł projektu:** | | | | | | | | *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Węgorzewo”* | | | | | | | | |
| **Beneficjent:** | | | | | | | | Gmina Węgorzewo, ul. Zamkowa 3, 11-600 Węgorzewo | | | | | | | | |
| **Nr projektu** | | | | | | | | RPWM.10.07.00-28-0018/19 | | | | | | | | |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Wiek w latach (ukończony)** | | |  | |
| **Data urodzenia** |  | | | | | | | **Miejsce urodzenia** | | | | |  | | | |
| **Płeć** | Kobieta Mężczyzna | | | | | | | **Osoba niepełnosprawna\*[[1]](#footnote-1)** | | | | | Tak Nie | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | **Adres e -mail** | | | | |  | | | |
| **Wykształcenie** | Poziom ISCED 0- niższe niż podstawowe Poziom ISCED 1 – wykształcenie podstawowe Poziom ISCED 2 – wykształcenie gimnazjalne  Poziom ISCED 3 – wykształcenie ponadgimnazjalne  *(dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum,*  *uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową)*  Poziom ISCED 4 – wykształcenie policealne Poziom ISCED 5-8- wykształcenie wyższe | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[2]](#footnote-2)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | **Nr domu** | | |  | | **Nr lokalu** | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość** |  | | | **Obszar** | | miejski | wiejski |
| **Kod pocztowy** |  | | | **Poczta** | |  | |
| **Powiat** |  | | | **Województwo** | |  | |
| **STATUS KNDYDATA/-KI UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | |
| **Osoba bezrobotna** | tak | nie | Jestem osobą bierną zawodowo (tj. osobą która nie pracuje i aktywnie nie poszukuje pracy) | | | | |
| tak | nie | Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowana w Urzędzie Pracy[[3]](#footnote-3) | | | | |
| tak | nie | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy | | | | |
| tak | nie | Osoba długotrwale bezrobotna[[4]](#footnote-4) | | | | |
| **Osoba bierna zawodowo** | tak | nie | Osoba bierna zawodowo[[5]](#footnote-5) (ucząca się ) | | | | |
| tak | nie | Osoba bierna zawodowo, ale nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[[6]](#footnote-6) | | | | |
| **Osoba zatrudniona** | tak | nie | Osoba pracująca | | | | |
| **Nazwa i adres zakładu pracy lub prowadzone j działalności (jeśli dotyczy):** | | | | | | |
| **Wykonywany zawód** | |  | | | | |
| **DODATKOWE DANE** | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\* | | | tak | nie | | odmawiam podania informacji | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | * tak | * nie | |  | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | * tak | * nie | | * odmawiam podania informacji | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | | | * tak | * nie | | * odmawiam podania informacji | |
| (innej niż wymienione powyżej)\* | | |  |  |  | | |
| Data rozpoczęcia udziału w Projekcie DD-MM-RRRR  [wypełnia pracownik Instytucji] | | | |  | | | |
| Data rozpoczęcia udziału w Projekcie DD-MM-RRRR  [wypełnia pracownik Instytucji] | | | |  | | | |

* dane wrażliwe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA- wypełnić po zakończeniu uczestnictwa w projekcie** | | |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | osoba kontynuuje zatrudnienie osoba nabyła zatrudnienie  osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie  osoba podjęła kształcenie lub szkolenie  osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek   * osoba poszukująca pracy * osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowania dziecka * osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowania dziecka * osoba uzyskała kwalifikacje sytuacja w trakcie monitorowania * inne | |
| Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) | projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych | |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | tak | nie |

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

* + zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Węgorzewo”* oraz akceptuję jego warunki,
  + zapoznałam/-em się z zapisem w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Węgorzewo”* dotyczącym praw i obowiązków Uczestnika/-czki Projektu i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie, zobowiązuję się do ich przestrzegania,
  + zostałam/-em poinformowana/-y, że Projekt *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Węgorzewo”* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
  + zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej),
  + zostałam/-em poinformowana/-y, że złożenie niniejszego Formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie,
  + zostałam/-em poinformowana/-y, że w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie, mam obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych, prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, zgodnie z wymogami Projektu, jestem uprawniona/-y do uczestniczenia w nim i spełniam warunki kwalifikowalności Uczestnika Projektu,
  + zostałam/-em poinformowana/-y, że z chwilą przystąpienia do Projektu, każdy Uczestnik Projektu, będący osobą fizyczną, składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.). W przypadku Uczestnika Projektu nie posiadającego zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa jego Opiekun prawny.
  + Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Gminę Węgorzewo na potrzeby rekrutacji.

# Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

*Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych\*.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość i data* |  | *Czytelny podpis Kandydata* |

## *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji do udziału w projekcie „ Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Węgorzewo” zgodnie z* Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 ) oraz Ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

*Uprzedzona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.*

*√……………………………………. √…………………………*

*(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projektu)*

# Jednocześnie oświadczam, że nie odbywam kary pozbawienia wolności.

*√……………………………………. √…………………………*

*(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projektu)*

**DEKLARACJA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE**

*Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:*

**Zamieszkanie:**

Jestem osobą fizyczną mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na terenie gminy Węgorzewo:

* TAK
* NIE

*(Właściwe proszę zaznaczyć X)*

**Wiek:**

* jestem osobą powyżej 50 roku życia
* jestem osobą w wieku produkcyjnym 18-64 lata dla mężczyzn oraz 28-59 lat dla kobiet

**Stan zdrowia:**

* jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności:

- z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii,

- z chorobami kręgosłupa,

- chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien),

* jestem osobą **niekorzystającą ze świadczeń rehabilitacji medycznej** , jak oferowane w Projekcie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych
* jestem osobą, która w chwili przystąpienia do projektu w okresie ostatniego miesiąca **nie zakończyła pobytu** w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub nie korzystała z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ.

*√……………………………………. √…………………………*

*(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projektu)*

**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

*Ja, niżej podpisana/y:*

*…………………………………………………………………………………………………………*

*(imię i nazwisko)*

*………………………………………………………………………………………………………*

*(seria i numer dowodu osobistego)*

*…………………………………………………………………………………………………………*

*( numer PESEL)*

***deklaruję chęć udziału***

w ramach projektu numer **RPWM.10.07.00-28-0018/19   
pn. Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Węgorzewo.”**

## współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

OŚ PRIORYTETOWA 10. REGIONALNY RYNEK PRACY

DZIAŁANIE 10.7 AKTYWNE I ZDROWE STARZENIE SIĘ

TYP PROJEKTU: Opracowanie i/lub wdrożenie programów zdrowotnych z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej

*√……………………………………. √…………………………*

*(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projekt)*

1. **Osoby niepełnosprawne** w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Przynależność do grupy osób niepełnosprawnych określana jest w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie. W przypadku osób niepełnosprawnych – należy przedłożyć kopię dokumentu, potwierdzającego niepełnosprawność. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Adres zamieszkania** – oznacza miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z brzmieniem rozdziału II art. 25 Kodeksu Cywilnego) [↑](#footnote-ref-2)
3. ***Bezrobotnym zarejestrowanym w Urzędzie Pracy*** *jest osoba niezatrudniona i niewykonująca innej pracy zarobkowej, co ważne, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy lub innej pracy zarobkowej. Bezrobotnym jest również osoba niepełnosprawna, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia, co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *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).*

   [↑](#footnote-ref-4)
5. ***Osoby bierne zawodowo*** - *część społeczeństwa, którą stanowią osoby w wieku powyżej 15 lat niepracujące i niebędące bezrobotnymi. Do biernych zawodowo zalicza się:*

   * *uczniów pobierających naukę w trybie dziennym,*
   * *osoby otrzymujące emeryturę, rentę, alimenty, stypendium, pomoc opieki społecznej,*
   * *osoby odbywające karę pozbawienia wolności,*
   * *osoby uzyskujące dochód m.in. z dzierżawy, wynajmu lokum, itp.,*
   * *osoby przebywające na urlopie wychowawczym.*
   * *osoby przebywające w domach opieki,*

   [↑](#footnote-ref-5)
6. ***Osoba bierna zawodowo i nieucząca się*** *(np. emeryci, renciści, osoby otrzymujące pomoc opieki społecznej, osoby odbywające karę pozbawienia wolności, osoby przebywające w domach opieki, osoby przebywające na urlopie wychowawczym).* [↑](#footnote-ref-6)