



Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY¹

do udziału w projekcie pn. „Lubuskie sprawne i aktywne zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie” nr RPLB.06.07.00-08-0008/19

współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020 w ramach Osi priorytetowej 6. Regionalny rynek pracy Działania 6.7. Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy

realizowanym w ramach

Umowy nr RPLB.06.07.00-08-0008/19-00 o dofinansowanie projektu z dnia 28.05.2019 r.

Przed rozpoczęciem wypełniania niniejszego Formularza należy zapoznać się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Tabelę wypełnia NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Smigielskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie		
Data wpływu Formularza		
Kandydat/Kandydatka	spełnia kryteria formalne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	spełnia kryteria medyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kandydat/Kandydatka zakwalifikowany/a do Programu rehabilitacji leczniczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Proszę wypełnić czytelnie, najlepiej drukowanymi literami

DANE UCZESTNIKA		
1	Imię/imiona	
2	Nazwisko	

¹ Wypełnienie oraz złożenie niniejszego Formularza jest równoznaczne ze złożeniem wstępnej deklaracji przystąpienia do udziału w projekcie pn. „Lubuskie sprawne i aktywne zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Smigielskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie”.



3	PESEL																		
4	Kraj																		
5	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta							<input type="checkbox"/> Mężczyzna										
6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu																		
7	Wykształcenie	<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)																	

DANE KONTAKTOWE			
1	ADRES ZAMIESZKANIA	Miejscowość	
		Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Kod pocztowy	
		Poczta	
		Gmina	
		Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
		Powiat	<input type="checkbox"/> międzyrzecki <input type="checkbox"/> Inny (jaki?)
		Województwo	<input type="checkbox"/> lubuskie <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)



2	Nr telefonu	
3	e-mail	
4	ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli inny niż adres zamieszkania)

STATUS NA RYNKU PRACY			
1	Osoba bezrobotna ² <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	w tym: osoba długotrwale bezrobotna ³ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	w tym: osoba długotrwale bezrobotna ³ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		osoba zarejestrowana w ewidencji Powiatowych Urzędów Pracy jako osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy w:		

² **Osoba bezrobotna** – Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

³ **Osoba długotrwale bezrobotna** – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. 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).



3	osoba bierna zawodowo ⁴ , <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
4	Uczę się w: (nazwa i adres szkoły/institucji kształcącej)
5	osoba pracująca: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	w tym: <input type="checkbox"/> pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
6	wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej

⁴ **Osoba bierna zawodowo** - Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotna). Za osoby bierne zawodowo uznawani są studenci studiów stacjonarnych oraz osoby będące 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), chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za bierne zawodowo.



		<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny (<i>jaki?</i>)
7	Jestem zatrudniony/a w: (<i>miejsce zatrudnienia: nazwa zakładu pracy, adres zakładu pracy</i>)
8	Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej: migrant, osoba, obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
9	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10	Jestem osobą z niepełnosprawnościami ⁵	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
11	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) ⁶	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

⁵ **Osoba z niepełnosprawnościami** – za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

⁶ **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** – osoba z wykształceniem niższym niż podstawowe i znajdująca się poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie, narkomani itp.



W jakich dniach i godzinach chciałaby/chciałby Pani/Pan korzystać ze wsparcia?		
1	poniedziałek	<input type="checkbox"/> 7 ⁰⁰ - 8 ³⁰ <input type="checkbox"/> 8 ³⁰ - 10 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 10 ⁰⁰ - 11 ³⁰ <input type="checkbox"/> 11 ³⁰ - 13 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 13 ⁰⁰ - 14 ³⁰ <input type="checkbox"/> 14 ³⁰ - 16 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 16 ⁰⁰ - 17 ³⁰ <input type="checkbox"/> 17 ³⁰ - 19 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰
2	Wtorek	<input type="checkbox"/> 7 ⁰⁰ - 8 ³⁰ <input type="checkbox"/> 8 ³⁰ - 10 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 10 ⁰⁰ - 11 ³⁰ <input type="checkbox"/> 11 ³⁰ - 13 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 13 ⁰⁰ - 14 ³⁰ <input type="checkbox"/> 14 ³⁰ - 16 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 16 ⁰⁰ - 17 ³⁰ <input type="checkbox"/> 17 ³⁰ - 19 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰
3	środa	<input type="checkbox"/> 7 ⁰⁰ - 8 ³⁰ <input type="checkbox"/> 8 ³⁰ - 10 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 10 ⁰⁰ - 11 ³⁰ <input type="checkbox"/> 11 ³⁰ - 13 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 13 ⁰⁰ - 14 ³⁰ <input type="checkbox"/> 14 ³⁰ - 16 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 16 ⁰⁰ - 17 ³⁰ <input type="checkbox"/> 17 ³⁰ - 19 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰
4	czwartek	<input type="checkbox"/> 7 ⁰⁰ - 8 ³⁰



		<input type="checkbox"/> 8 ³⁰ - 10 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 10 ⁰⁰ - 11 ³⁰ <input type="checkbox"/> 11 ³⁰ - 13 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 13 ⁰⁰ - 14 ³⁰ <input type="checkbox"/> 14 ³⁰ - 16 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 16 ⁰⁰ - 17 ³⁰ <input type="checkbox"/> 17 ³⁰ - 19 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰
5	piątek	<input type="checkbox"/> 7 ⁰⁰ - 8 ³⁰ <input type="checkbox"/> 8 ³⁰ - 10 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 10 ⁰⁰ - 11 ³⁰ <input type="checkbox"/> 11 ³⁰ - 13 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 13 ⁰⁰ - 14 ³⁰ <input type="checkbox"/> 14 ³⁰ - 16 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 16 ⁰⁰ - 17 ³⁰ <input type="checkbox"/> 17 ³⁰ - 19 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 19 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰
6	sobota	<input type="checkbox"/> 7 ⁰⁰ - 8 ³⁰ <input type="checkbox"/> 8 ³⁰ - 10 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 10 ⁰⁰ - 11 ³⁰ <input type="checkbox"/> 11 ³⁰ - 13 ⁰⁰ <input type="checkbox"/> 13 ⁰⁰ - 14 ³⁰

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

oświadczam, że:

- **nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składam niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację do tego ośrodka od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,**
- **nie korzystam z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków EFS w ramach „Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej**



schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”,

- dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą,
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „*Lubuskie sprawne i aktywne zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Smigielskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie*” oraz akceptuję jego warunki,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w *Formularzu zgłoszeniowym* do celów związanych wyłącznie z realizacją projektu „*Lubuskie sprawne i aktywne zawodowo – program rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego realizowany przez NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Smigielskiego Sp. z o.o. w Skwierzynie*”, w tym rekrutacji,
- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Lubuskie 2020, Działanie 6.7 *Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy*,
- zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie,
- zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją Projektu,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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), wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu)



Punkt dotyczy tylko osób bezrobotnych:

- Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia.
- **Deklaruję, że poinformuję realizatora Programu, jeżeli w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia).**

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu)

Wypełnia pracownik:

Załączniki:

Lp.	Załącznik	TAK	NIE	Nie dotyczy
1	Skierowanie od lekarza POZ, AOS, lekarza medycyny pracy			
2	Dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie schorzenia kwalifikującego się do udziału w Projekcie			X
3	Ankieta wstępna			X



4	Oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki projektu			
---	--	--	--	--