

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Formularz rekrutacyjny

Projekt: „Pełnia ruchu, pełnia życia – kompleksowa rehabilitacja dla Ciebie”

Numer projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Program: Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Europejski Fundusz Społeczny Plus

Realizator: Centrum Zdrowia Tuchów sp. z o.o.

1. Część A. Dane osobowe, kontaktowe i adresowe (wypełnia Uczestnik/Kandydat).

2. Tabela 1. Dane personalne kandydata.

Pole	Wypełnia Uczestnik
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Adres zamieszkania (ulica, nr domu/mieszkania):	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Obywatelstwo:	
Potwierdzenie OKD1: Oświadczam, że jestem zameldowany/aktualnie zamieszkuję na terenie województwa małopolskiego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Zweryfikowano na podstawie:	<input type="checkbox"/> zaś. lekarskie <input type="checkbox"/> oświad. o zatrudnieniu <input type="checkbox"/> inne.....

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

1. Część B. Status na rynku pracy - (Kryterium obligatoryjne OKD2)

(wypełnia Uczestnik/Kandydat)

1. Tabela 2. Status zawodowy kandydata.

Status	Wymagane załączniki (należy dołączyć kopię)
<input type="checkbox"/> Pracujący (zaświadczenie od pracodawcy, zaświadczenie z ZUS/KRUS) Data nie może być starsza niż 30 dni od momentu rozpoczęcia udziału w projekcie.	TAK <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bezrobotny zarejestrowany (zaświadczenie z PUP, ważne 30 dni)	TAK <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inny niż powyżej	

2. Część C. Diagnoza i dokumentacja medyczna - (Kryterium obligatoryjne OKD3)

(wypełnia Uczestnik/Kandydat)

Uwaga: Obowiązkiem Uczestnika/Kandydata jest skompletowanie poniższej dokumentacji medycznej.

1. Proszę wskazać rodzaj dysfunkcji narządu ruchu (wg ICD-10):

Q65-Q79 – Wrodzone zniekształcenia narządu ruchu

M47 – Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa

M00-M25 – Choroby zwyrodnieniowe stawów (biodrowego, kolanowego, ramienneo)

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

M32-M35 – Choroby układowe tkanki łącznej

S40-S99, T91-T95, Z89 – Urazy, złamania, amputacje

Wymagane załączniki: (należy dołączyć kopię)

Dokumentacja medyczna (wyniki badań: RTG, TK, MRI, USG, EMG; karty informacyjne leczenia szpitalnego; zaświadczenia lekarskie) potwierdzająca jednostkę chorobową.

Czy dołączono? TAK NIE

3. **Część D. Oświadczenia rekrutacyjne i kwestionariusz (wypełnia Uczestnik/Kandydat).**

1. **Oświadczenie dotyczące kryterium OKD4**

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej, że w okresie ostatniego miesiąca:

nie korzystałem i nie przebywałem w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym,

nie korzystałem/am z ambulatoryjnej lub dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ, oraz w chwili przystępowania do projektu NIE jestem objęty/ta innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku z leczeniem chorób układu ruchu, finansowanym ze środków publicznych (NFZ lub inny projekt unijny).

2. **Kwestionariusz dodatkowy (dla celów organizacji wsparcia i wskaźników)**

Czy potrzebuje Pan/i zwrotu kosztów dojazdu na świadczenia?

(szac. 15 zł/przejazd tam i z powrotem po rozliczeniu zgodnym z regulaminem)

TAK NIE

Czy potrzebuje Pan/i opieki nad osobą zależną (dzieckiem, osobą starszą) podczas wizyt? TAK NIE

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Czy wyraża Pan/i zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych projektu?

TAK NIE

4. Część E. Dane dodatkowe dla wskaźników projektu

(wypełnia Uczestnik/Kandydat)

Uwaga: Podanie poniższych danych jest potrzebne w celu weryfikacji wskaźników projektu i monitorowania zasady równości szans. Proszę zaznaczyć właściwą opcję dla każdego pytania.

1. Tabela 3. Weryfikacja wskaźników projektu.

Pytanie	Tak	Nie
Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności? (wskaźnik: Osoby z niepełnosprawnościami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/i obywatelem kraju trzeciego (innego niż Polska i UE)? (wskaźnik: Osoby z krajów trzecich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/i osobą obcego pochodzenia? (wskaźnik: Osoby obcego pochodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy należy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym do społeczności romskiej)? (wskaźnik: Osoby należące do mniejszości)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pan/i w kryzysie bezdomności lub zagrożony/a wykluczeniem z dostępu do mieszkań? (wskaźnik: Osoby w kryzysie bezdomności)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Źródło informacji o projekcie: (proszę zaznaczyć):

Strona internetowa / Facebook CZT

Plakaty/ulotki w placówce medycznej (przychodnia, szpital)

Powiatowy Urząd Pracy

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Zakład pracy

Prasa/radio lokalne

Pracownik/pielęgniarka POZ CZT

Polecenie lekarza/znajomego

Inne:

(Data i podpis Uczestnika/Kandydata)

.....

(Miejsce na datę i podpis)

5. Część F. Weryfikacja formalna i kryteria preferencyjne

(wypełnia personel projektu).

1. Tabela 4. Kryteria rekrutacyjne do projektu.

Kryterium Obligatoryjne (OKD)	Spełnia	Nie spełnia	Uwagi
OKD1: Zamieszkanie na terenie woj. małopolskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OKD2: Status pracującego lub bezrobotnego zarejestrowanego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OKD3: Dysfunkcja narządu ruchu (potwierdzona dokumentacją)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OKD4: Oświadczenie z Części D,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Decyzja: ZAKWALIFIKOWANY do etapu kwalifikacji medycznej / ODRZUCONY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Karta kryteriów preferencyjnych (wypełnia personel projektu).

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

2. Tabela 5. Kryteria preferencyjne.

Kryterium	Potwierdzenie (TAK/NIE)	Punkty	Przyznane pkt
Wiek 40–59 lat (na podst. PESEL/dowodu)	<input type="checkbox"/>	10 pkt	
Dysfunkcja: S40-S99, T91-T95, Z89 (na podst. dok. med.)	<input type="checkbox"/>	1 pkt	
SUMA PUNKTÓW:			

(Data i podpis członka Zespołu Projektu)

.....

(Miejsce na datę i podpis)

6. Część G. Deklaracja Uczestnictwa i kluczowy wskaźnik rezultatu.

(wypełnia Uczestnik po pozytywnej weryfikacji formalnej)

Ja, niżej podpisana/y: [Imię i Nazwisko]

.....

PESEL:

1. Oficjalne oświadczenie o statusie na rynku pracy.

(Wymagane dla weryfikacji wskaźnika "Liczba osób objętych wsparciem")

Oświadczam, że w dniu przystępowania do projektu jestem osobą:

pracującą

bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy

nie pracującą oraz nie zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

2. Deklaracja Gotowości do aktywności zawodowej.

(Wymagane dla wskaźnika: "Liczba osób, które podjęły lub kontynuowały zatrudnienie")

Jednocześnie deklaruję, iż po zakończeniu udziału w projekcie:

- będę kontynuować zatrudnienie (osoby pracujące)
- będę gotów/gotowa podjąć zatrudnienie (osoby bezrobotne)
- nie będę kontynuować zatrudnienia

3. Tabela 6. Formy wsparcia dla uczestnika projektu.

(zaznacza Uczestnik)

Forma Wsparcia	Zgłaszam chęć udziału
ZADANIE 1: Kompleksowa rehabilitacja (kwalifikacja, świadczenia: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż)	<input type="checkbox"/>
ZADANIE 2: Działania edukacyjne i prozdrowotne	<input type="checkbox"/>
Wsparcie towarzyszące: Refundacja kosztów dojazdu*	<input type="checkbox"/>
Wsparcie towarzyszące: Opieka nad osobą zależną/dzieckiem*	<input type="checkbox"/>
*Wsparcie towarzyszące przyznawane jest na wniosek Uczestnika.	

Oświadczenie uczestnika projektu.

- Oświadczam, że wszystkie dane i oświadczenia w niniejszym formularzu są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 k.k.).

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

- Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Realizatora o zmianach w podanych danych.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu (zgodnie z załączoną Klauzulą RODO).
- Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej.

(Data i podpis Uczestnika Projektu)

.....

(Miejsce na datę i podpis)

7. Część H. Zakwalifikowanie lekarsko fizjoterapeutyczne.

(wypełnia Zespół Terapeutyczny)

Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, iż na podstawie przeprowadzonej kwalifikacji lekarsko-fizjoterapeutycznej oraz przedłożonej dokumentacji medycznej, ww. uczestnik/czka projektu został/a zakwalifikowany/a do udziału w kompleksowym programie rehabilitacji w ramach projektu.

(Data)

(Podpis i pieczęć lekarska)

.....

(Podpis fizjoterapeuty)

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

8. Część I. Obowiązkowe oświadczenie o stanie zatrudnienia po projekcie.

(wypełnia Uczestnik i dostarcza do 4 tygodni od zakończenia udziału)

Ja, niżej podpisana/y: [Imię i Nazwisko]

.....PESEL:.....

Oświadczam, że w ciągu 4 tygodni od zakończenia mojego udziału w projekcie jestem osobą, która:

(Proszę zaznaczyć jedną właściwą opcję i dołączyć stosowny dokument - kopia)

Podjąłem pracę (dotyczy osób bezrobotnych/biernych zawodowo przy rekrutacji).

Załączam: kopię umowy o pracę/zlecenie, zaświadczenie o zatrudnieniu, wpis do CEIDG.

kontynuuje zatrudnienie (dotyczy osób pracujących przy rekrutacji).

Załączam: zaświadczenie od pracodawcy/potwierdzenie prowadzenia działalności.

nie podjęłam/podjąłem pracy (dotyczy osób bezrobotnych/biernych zawodowo przy rekrutacji).

Jestem świadomy/świadoma, że dostarczenie tego oświadczenia wraz z dokumentem potwierdzającym jest warunkiem niezbędnym do rozliczenia wskaźnika rezultatu projektu.

(Data i podpis Uczestnika Projektu)

(Miejsce na datę i podpis)

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

9. Część J. Charakterystyka uczestnika projektu.

Podaj swoje dane adresowe:

Powiat

Gmina

Proszę zakreślić w kółko właściwy podpunkt z właściwą odpowiedzią:

Osoba pracująca:

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

Nr projektu: FEMP.06.08-IP.02-0458/24

Osoba bierna zawodowo:

- Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
- Inne

Osoba bezrobotna:

- Osoba długotrwale bezrobotna
- Inne

Wykształcenie:

- Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)" – obejmuje wykształcenie przedszkolne, podstawowe oraz gimnazjalne (lub równoważne poziomem).
- Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED ...)" – oznacza wykształcenie średnie ogólnokształcące, zawodowe oraz policealne.
- Wyższe (ISCED 5–8)" – odnosi się do wykształcenia wyższego, czyli studiów licencjackich, magisterskich, podyplomowych i doktoranckich.

(Data i podpis Uczestnika Projektu)

.....

(Miejsce na datę i podpis)