

ZAŁĄCZNIK NR 1

**ANKIETA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE /
FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

REHABILITACJA SKUTECZNYM SPOSOBEM NA WALKĘ Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBAМИ
UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO ORAZ UTRZYMANIE AKTYWNOŚCI
ZAWODOWEJ.

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE	
NR FORMULARZA	DATA WPŁYWU

UWAGA !!!!

Niniejszy formularz należy wypełnić drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami zapisanymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

**CZEŚĆ A, B -WYPEŁNIA UCZESTNIK/CZKA (PACJENT/KA)
CZEŚĆ C- KOORDYNATOR PROJEKTU**

CZEŚĆ A - DANE KANDYDATA/KANDYDATKI

LP	DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	IMIĘ	
1.		NAZWISKO	
		DATA URODZENIA	
		PESEL	
		PŁEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
		ULICA	

2.	ADRES ZAMIESZKANIA	NR DOMU	
		NR MIESZKANIA	
		MIEJSCOWOŚĆ	
		KOD POCZTOWY	
		GMINA	
		POWIAT	
		WOJEWÓDZTWO	
3.	ADRES DO KORESPONDENCJI (INNY NIŻ ZAMIESZKANIA, jeśli jest)	ULICA	
		NR DOMU	
		NR MIESZKANIA	
		MIEJSCOWOŚĆ	
		KOD POCZTOWY	
		GMINA	
		POWIAT	
4.	DANE KONTAKTOWE (INNE NIŻ ADRES)	NR TELEFONU ¹	
		ADRES E-MAIL	
5.	WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe ² <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne ³ <input type="checkbox"/> wyższe ⁴	
6.	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (na dzień podpisania formularza rekrutacyjnego)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ⁵ <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ⁶ <input type="checkbox"/> osoba pracująca ⁷	
7.	W PRZYPADKU OSOBY PRACUJĄCEJ	<input type="checkbox"/> zawód wykonywany: 	

- 1 (Pole obowiązkowe! W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)
- 2 Osoba, która nie posiada wykształcenia podstawowego w zależności od tego, czy ukończyła zwyczajowo przyjęty wiek na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego: a) osoba, która posiada wiek poniżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie podstawowym, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia podstawowego; b) osoba, która posiada wiek powyżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia niższego niż podstawowe.
- 3 Wykształcenie „pomaturalne” – osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych,
- 4 Wykształcenie wyższe -osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe.
- 5 Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.
- 6 Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.
- 7 Za osoby pracujące uznaje się: a) osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową; b) członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą; c) osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim; d) osobą zatrudnioną w ramach stosunku pracy.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 realizowany przez Centrum Rehabilitacji Ekovita sp. z o.o. w Częstochowie, ul. Klasztorna 23 tel: 34 3655089

8.	ZATRUDNIONY/ ZATRUDNIONA W (należy wpisać nazwę przedsiębiorstwa lub instytucji)	NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA	
		NIP	
		ULICA	
		NR LOKALU	
		MIEJSCOWOŚĆ	
		KOD POCZTOWY	
		TELEFON KONTAKTOWY	
		ADRES E-MAIL	
9.	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
10.	OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
11.	OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
15.	OSOBA W INNEJ NIŻ W/W NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
16.	OSOBA O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH WYMAGAJĄCA WSPARCIA ZE STRONY PLACÓWKI	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <i>Jeżeli tak, określić rodzaj szczególnych potrzeb (od 1 do 8)⁸</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba na wózku inwalidzkim, poruszająca się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się; <input type="checkbox"/> osoba niewidoma lub słabowidząca; <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością słuchu; <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma; <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną; <input type="checkbox"/> osoba starsza i osłabiona chorobami; <input type="checkbox"/> osoba mająca trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego); <input type="checkbox"/> osoba o nietypowym wzroście; 	

⁸ Osoby ze szczególnymi potrzebami są rozumiane zgodnie z zakresem dostępności, zdefiniowanym w Programie rządowym Dostępność Plus 2018-2025

CZĘŚĆ B- KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE

WYPEŁNIA UCZESTNIK – zaznaczyć „X” we właściwej odpowiedzi

	TAK	NIE
1. Jestem mieszkańcem województwa Śląskiego w wieku 50-59 lat (kobiety) lub 50-64 lata (mężczyźni)		
2. Jestem osobą, u której zdiagnozowano chorobę przewlekłą układu kostno-stawowego i mięśniowego (wg ICD-10: M15-M19, M47, M50, M51, M54)		
3. Posiadam dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowaną jedną z w/w jednostek chorobowych		
4. Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046z późn. zm.); b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 882)		
5. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza)		
6. Jestem osobą ze szczególnymi potrzebami rozumianymi zgodnie z zakresem dostępności, zdefiniowanym w Programie rządowym Dostępność Plus 2018-2025		
7. W okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu nie korzystałem/łam z rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, KRUS, ZUS lub PFRON w adekwatnej jednostce chorobowej		
8. Jestem osobą pracującą/Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia		
9. Spełniam wszystkie wymogi kwalifikacji do projektu		

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU

CZĘŚĆ C - RODZAJ PRYZYMNANEGO WSPARCIA (wypełnia placówka)

LP		RODZAJ PRYZYMNANEGO WSPARCIA
1.	Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)	<input type="checkbox"/> usługa zdrowotna/medyczna <input type="checkbox"/> usługa zdrowotna/medyczna /konsultacja psychologiczna <input type="checkbox"/> szkolenie Data rozpoczęcia udziału w projekcie:..... Data zakończenia udziału w projekcie:.....

załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG OFEROWANYCH W PROJEKCIE

(wypełnia UCZESTNIK/UCZESTNICZKA)

Ja (imię i nazwisko).....

a) oświadczam, że nie jestem wyłączonej/wyłączonej z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: „**Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej**”, które zostały wskazane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa tj.: jestem osobą która mieszka na obszarze województwa śląskiego, z rozpoznaną przewlekłą chorobą układu kostno-stawowego lub mięśniowego, w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywną zawodowo lub deklarującą gotowość do podjęcia zatrudnienia, w okresie udzielanego wsparcia.

b) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu nie korzystałem/łam ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, KRUS, ZUS lub PFRON w adekwatnej jednostce chorobowej,

c) nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń rehabilitacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,

d) oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty/ta w ramach projektu: „**Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej**”,

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika

OŚWIADCZENIE

LP	Ja niżej podpisany	IMIĘ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	
1.		NAZWISKO UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI	
		DATA URODZENIA	
		PESEL	
		PŁEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
2.	ADRES ZAMIESZKANIA	ULICA	
		NR DOMU	
		NR MIESZKANIA	
		MIEJSCOWOŚĆ	
		KOD POCZTOWY	

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym ponadto,

zapoznałem/łam się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej” realizowany przez Ekovita sp. z o.o. i współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla osi priorytetowej VIII. Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy: Działanie: 8.3. Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy. Poddziałanie: 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa wyżej i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.

.....
 miejscowość i data

.....
 czytelny podpis uczestnika

załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

1) W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej**”, przyjmuję do wiadomości, iż:

2) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonía 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.

3) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.

4) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:

- udzielenia wsparcia
- potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
- monitoringu
- ewaluacji
- kontroli
- audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
- sprawozdawczości
- rozliczenia projektu
- odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
- zachowania trwałości projektu
- archiwizacji
- badań i analiz.

5) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. 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 – dalej: RODO), wynikający z: art. 125 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne; art. ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

6) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Ekovita sp. z o.o. ul. Klasztorna 23, 42-200 Częstochowa.

7) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 realizowany przez Centrum Rehabilitacji Ekovita sp. z o.o. w Częstochowie, ul. Klasztorna 23 tel: 34 3655089

str. nr.8

administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.

8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.

9) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

11) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a **konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.**

12) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem.

13) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU*

Wypełnia koordynator projektu

Dane wypełniane przez Podmiot upoważniony przez IZ RPO do zbierania danych osobowych uczestników projektu w zbiorze „Dane uczestników projektów RPOWSL 2014-2020”.		
Data zakończenia udziału osoby w projekcie/...../.....	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	Osoba kontynuuje zatrudnienie	
	Osoba nabyła kompetencje	
	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/ wychowaniem dziecka	
	Osoba uzyskała kwalifikacje	
	Osoba pracująca / prowadząca działalność na własnych rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka	
Sytuacja w trakcie monitorowania		
Sytuacja osoby po 4 tygodniach od zakończenia udziału w projekcie	Osoba kontynuuje zatrudnienie	
	Osoba nabyła kompetencje	
	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/ wychowaniem dziecka	
	Osoba uzyskała kwalifikacje	
	Osoba pracująca / prowadząca działalność na własnych rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka	
Sytuacja w trakcie monitorowania		