

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**ANKIETA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE /  
FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA/KANDYDATKI**

AKTYWNI W PRACY – UDOSTĘPNIANIE USŁUG DIAGNOSTYCZNYCH, PROFILAKTYCZNYCH I REHABILITACYJNYCH W CELU UŁATWIENIA POZOSTANIA W ZATRUDNIENIU I POWROTU NA RYNEK PRACY OSOBOM Z ZAPALNYMI CHOROBYMI UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I MIĘŚNIOWEGO

<b>WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE</b>	
<b>NR FORMULARZA</b>	<b>DATA WPŁYWU</b>

**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**

1.	<b>DANE PODSTAWOWE</b>	IMIĘ
		NAZWISKO
		DATA URODZENIA
		PESEL
		PŁEĆ
2.	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	ULICA
		NR DOMU
		NR MIESZKANIA
		MIEJSCOWOŚĆ

*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.1

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

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*

str. nr.2

<b>(należy wpisać nazwę przedsiębiorstwa lub instytucji)</b>	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) <sup>8</sup></i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba na wózku inwalidzkim, poruszająca się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba niewidoma lub słabowidząca;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością słuchu;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba starsza i osłabiona chorobami;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba mająca trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego);</li> <li><input type="checkbox"/> osoba o nietypowym wzroście;</li> </ul>

<sup>8</sup> 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 KANDYDAT/KANDYDATKA – 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: M02, M05-M09, M13, M45, M70 lub M75;)		
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 KANDYDATA/KANDYDATKI PROJEKTU**

**CZĘŚĆ C - RODZAJ PRYZYMNANEGO WSPARCIA (wypełnia placówka)**

LP		RODZAJ PRYZYMNANEGO WSPARCIA
1.	<b>Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)</b>	<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 KANDYDAT/KANDYDATKA)

Ja (imię i nazwisko).....

a) oświadczam, że nie jestem wyłączonej/-na z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: **Aktywni w pracy - udostępnienie usług diagnostycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu ułatwienia pozostania w zatrudnieniu i powrotu na rynek pracy osobom z zapalnymi chorobami układu kostno- stawowego i mięśniowego**, 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 z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty/-ta w ramach projektu: **Aktywni w pracy - udostępnienie usług diagnostycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu ułatwienia pozostania w zatrudnieniu i powrotu na rynek pracy osobom z zapalnymi chorobami układu kostno- stawowego i mięśniowego**

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis Kandydata/-tki

## OŚWIADCZENIE

1.	<b>Ja niżej podpisany</b>	IMIĘ
		NAZWISKO
		DATA URODZENIA
		PESEL
		PŁEĆ
2.	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	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. **Aktywni w pracy - udostępnienie usług diagnostycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu ułatwienia pozostania w zatrudnieniu i powrotu na rynek pracy osobom z zapalnymi chorobami układu kostno- stawowego i mięśniowego** 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

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

1) W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Aktywni w pracy - udostępnienie usług diagnostycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu ułatwienia pozostania w zatrudnieniu i powrotu na rynek pracy osobom z zapalnymi chorobami układu kostno- stawowego i mięśniowego**, 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](mailto: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. 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 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

*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*



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 ewaluację/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	