

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 Ryn”												
Beneficjent:	Gmina Ryn, ul. Ratuszowa 2, 11-520 Ryn												
Nr projektu	RPWM.10.07.00-28-0024/19												
DANE OSOBOWE KANDYDATA													
Imię (imiona)													
Nazwisko													
Nr PESEL												Wiek w latach (ukończony)	
Data urodzenia							Miejsce urodzenia						
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna						Osoba niepełnosprawna*¹			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Telefon kontaktowy							Adres e -mail						
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Poziom ISCED 0- niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Poziom ISCED 1 – wykształcenie podstawowe <input type="checkbox"/> Poziom ISCED 2 – wykształcenie gimnazjalne <input type="checkbox"/> Poziom ISCED 3 – wykształcenie ponadgimnazjalne <i>(dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową)</i> <input type="checkbox"/> Poziom ISCED 4 – wykształcenie policealne <input type="checkbox"/> Poziom ISCED 5-8- wykształcenie wyższe												
ADRES ZAMIESZKANIA²													
Ulica							Nr domu						
										Nr lokalu			

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.

² **Adres zamieszkania** – oznacza miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z brzmieniem rozdziału II art. 25 Kodeksu Cywilnego)

Miejscowość		Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Kod pocztowy		Poczta	
Powiat		Województwo	
STATUS KANDYDATA/-KI UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bierną zawodowo (tj. osobą która nie pracuje i aktywnie nie poszukuje pracy)	
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy ³	
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy	
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Osoba długotrwale bezrobotna ⁴	
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Osoba bierna zawodowo ⁵ (ucząca się)	
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Osoba bierna zawodowo, ale nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ⁶	
Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania

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.

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).

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,

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).

			informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
(inne 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	<input type="checkbox"/> osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nabyła zatrudnienie <input type="checkbox"/> osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> osoba uzyskała kwalifikacje sytuacja w trakcie monitorowania <input type="checkbox"/> inne
Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM)	<input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 Ryn*” 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 Ryn*” 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 Ryn*” 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 Ryn 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 Ryn” zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.). Upředzona/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 Ryn:

- TAK
 NIE

(Właściwie 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.10.07.00-28-0024/19**

pn. Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Ryn.”

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)