

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Wniosek rekrutacyjny o zakwalifikowanie do wzięcia udziału w projekcie**

„**Zdrowy układ krążenia – profilaktyka, diagnostyka i rehabilitacja lecznicza drogą do utrzymania aktywności zawodowej**”

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego)

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,

Oś priorytetowa 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 – konkurs

Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2022

Choroby układu krążeniowego wg ICD-10: I20, I21, I24, I25, I50

**Numer projektu:** **WND-RPSL.08.03.02-24-02F9/19-00**

**Beneficjent/Realizator Projektu: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDICO” PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH I SPECJALISTÓW SP. Z O.O.**

**Miejsce realizacji projektu: Tychy, ul. Narcyzów 24**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***UWAGA: przed wypełnieniem niniejszego formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie***

**Udział w projekcie jest bezpłatny pod warunkiem realizacji obowiązków wynikających z Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | |
| **Imię** |  | |
| **Nazwisko** |  | |
| **PESEL** (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Wiek** |  | |
| **Płeć** | * kobieta | * mężczyzna |
| **Wykształcenie** | * **niższe niż podstawowe** **lub brak wykształcenia** *(brak formalnego wykształcenia)* * **podstawowe** *(ukończona 6-letnia szkoła podstawowa)* * **gimnazjalne** *(ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa)* * **ponadgimnazjalne** *(ukończona szkoła średnia ogólnokształcąca lub technikum lub ukończona zasadnicza szkoła zawodowa)* * **policealne** *(ukończona szkoła policealna)* * **wyższe** *(ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie lub inżynierskie, magisterskie, doktoranckie)* | |
| **Adres zamieszkania** (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu) | Województwo: | |
| Powiat: | |
| Gmina: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |
| Ulica: | |
| Numer budynku: | |
| Numer lokalu: | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | |
| **Telefon kontaktowy\*** |  | |
| **Adres e-mail\*** |  | |
| \* Kandydat/Kandydatka jest zobowiązany/a do podania przynajmniej jednej formy kontaktu | | |

**STATUS NA RYNKU PRACY OSOBY KANDYDUJĄCEJ NA UCZESTNIKA PROGRAMU**

**Ocena spełnienia poszczególnych kryteriów następuje poprzez potwierdzenie/weryfikację statusu**

|  |
| --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X) |
| * **Osoba bezrobotna zarejestrowana** **w ewidencji Urzędu Pracy -** osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jestzarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna   w tym:   * **długotrwale bezrobotna**(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) * **a**   *(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)* |
| * **Osoba bezrobotna niezarejestrowana** **w ewidencji Urzędu Pracy**   (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)  w tym:   * **długotrwale bezrobotna**(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) * *osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej.)* |
| * **Osoba bierna zawodowo** (osoba powyżej 15 roku życia, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, ale jest w kondycji fizycznej umożliwiającej podjęcie zatrudnienia)   w tym:   * **Osoba ucząca się (w trybie dziennym)**   (osoba, która uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym, rozumianym jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym)   * **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu**   (osoba, która nie uczy się ani nie szkoli)   * **Inne** |
| * **Osoba pracująca**   (osobą pracującą jest osoba, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, w tym prowadząca gospodarstwo rolne; bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”)  Jestem zatrudniony/a  w:.....................................................................................................*........................................................*  (pełna nazwa zakładu pracy/pracodawcy/prowadzonej działalności gospodarczej) |
| **Czy deklaruje Pan/i gotowość do podjęcia zatrudnienia (dotyczy osób nieaktywnych zawodowo)?**   * **Tak** * **Nie** |

**Pozostałe kryteria wyłączenia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ROZPOZNANE CHOROBY (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)** | | |
| **Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I20 – Dusznica bolesna)?** | * Tak | * Nie |
| **Czy przebył Pan/i ostry zawał serca (ICD-10: I21)?** | * Tak | * Nie |
| **Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I24 – Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca)?** | * Tak | * Nie |
| **Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I25 – Przewlekła choroba niedokrwienna serca)?** | * Tak | * Nie |
| **Czy cierpi Pan/i na choroby rozpoznane jako choroby układu krążeniowego (ICD-10: I50 – Niewydolność serca)?** | * Tak | * Nie |
| **Czy korzystał/a Pan/i ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wyżej wymienionych jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu?** | * Tak | * Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOKUMENTY POŚWIADCZAJĄCE ROZPOZNANIE DOŁĄCZONE DO NINIEJSZEGO FORMULARZA**  **Kwalifikowani są tylko pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem**  **(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)** | |
| **Karta wypisowa ze szpitala** |  |
| **Skierowanie/zaświadczenie od lekarza rodzinnego/specjalisty** |  |
| **Inne dokumenty– wypisać jakie** | …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBY TOWARZYSZĄCEJ Z RODZINY – będzie uczestniczyć wspólnie z pacjentem w zajęciach edukacji zdrowotnej** | |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Wiek** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBY REZERWOWEJ TOWARZYSZĄCEJ Z RODZINY W PRZYPADKU NIEOBECNOŚCI PIERWSZEJ OSOBY WSKAZANEJ POWYŻEJ – będzie uczestniczyć wspólnie z pacjentem w zajęciach edukacji zdrowotnej** | |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** (w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia wg formatu DD-MM-RRRR) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Wiek** |  |

............................................... …..………………..………..……………

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zdrowy układ krążenia – profilaktyka, diagnostyka i rehabilitacja lecznicza drogą do utrzymania aktywności zawodowej” i akceptuję jego warunki.
3. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie i Formularzu jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w projekcie „Zdrowy układ krążenia – profilaktyka, diagnostyka i rehabilitacja lecznicza drogą do utrzymania aktywności zawodowej”.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu.
5. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mnie dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie „Zdrowy układ krążenia – profilaktyka, diagnostyka i rehabilitacja lecznicza drogą do utrzymania aktywności zawodowej”.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w Projekcie.
8. Niniejsze oświadczenia składam z świadomością o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, o której zostałem pouczony. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a, że w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, NZOZ MEDICO Praktyka Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.
9. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
10. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

............................................... …………………..………..……………

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU**

Wpisano na listę zgłoszeń pod numerem ……………………………………………….

………………………………………………………………..

Data, podpis przedstawiciela Zespołu Projektowego