



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24 pt. „Kręgosłup i stawy do poprawy-skuteczna rehabilitacja w Medycynie Grabieniec” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI	
Data przyjęcia:	Datar.
<i>Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/teki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości</i>	
..... <i>podpis osoby przyjmującej formularz</i>	

Instrukcja dotycząca wypełnienia i składania formularza:

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
4. Braki w formularzu będzie można poprawić tylko raz po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia.
5. Formularz należy czytelnie podpisać w wyznaczonym miejscu.
6. Wypełniony formularz wraz z załącznikami można składać:
 - a) w Biurze Projektu: ul. Zachodnia 12a/12c, 91-058 Łódź, nr telefonu: **519-454-597**
 - **osobiście w dniach:**
 - poniedziałek 08.00-16.00
 - wtorek 12.00-18.00
 - środa 08.00-16.00
 - czwartek 08.00-16.00
 - piątek 08.00-16.00
 - lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
 - **elektronicznie** - na adres: zdrowypracownik@grabieniec.pl. **W przypadku dokonania zgłoszenia w formie elektronicznej warunkiem rozpoczęcia udziału w projekcie jest dostarczenie oryginałów dokumentacji rekrutacyjnej przekazanej w formie mailowej.**



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

I DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
1.	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> obywatel kraju UE (jaki kraj.....) <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- inne (proszę podać.....)
2.	Rodzaj Uczestnika	<input checked="" type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel Instytucji
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	Nr PESEL..... <input type="checkbox"/> brak nr PESEL Inny nr identyfikacyjny:.....
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
7.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu	
8.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

II MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
9.	Kraj	
10.	Województwo	
11.	Powiat	
12.	Gmina	
13.	Miejscowość	
14.	Ulica	
15.	Nr budynku	
16.	Nr lokalu	
17.	Kod pocztowy	
18.	Telefon kontaktowy	
19.	Adres e-mail	
Na potwierdzenie miejsca zamieszkania należy załączyć:		
<ul style="list-style-type: none">• deklarację PIT-TYLKO PIERWSZA STRONA dokument z roku 2023 lub zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające miejsce zamieszkania• zaświadczenie ze szkoły/uczelni (z adresem miejsca nauki)• zaświadczenie o zatrudnieniu (z adresem miejsca pracy)		
ADRES DO KORESPONDECJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na adres niż wskazany powyżej)		
20.	Miejscowość	
20.	Kod pocztowy	
21.	Ulica, nr ulicy	
22.	Nr mieszkania	



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

III STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
23	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
24.	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
25.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)* <i>dane wrażliwe</i> ¹	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na podanie informacji <input type="checkbox"/> tak
26.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
27.	Osoba z niepełnosprawnościami* <i>dane wrażliwe</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na podanie informacji <input type="checkbox"/> tak
<p>Jeśli w pkt. 23-27 zaznaczono odpowiedź twierdzącą należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:</p> <p>1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością /inny dokument potwierdzający niepełnosprawność</p> <p>2) dokumentów wymienionych w ustawie z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, notatka służbowa potwierdzająca weryfikację legalności pobytu na podstawie przedstawionego dokumentu, np. Diia.pl;</p> <p>3) zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu;</p> <p>4) dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej karty pobytu.</p>		

¹ * Zostałam poinformowana o możliwości odmowy udzielenia informacji na temat moich danych osobowych.



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

28.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <u>W tym:</u> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy, <u>w tym:</u> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) <input type="checkbox"/> inna
<p>Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć:</p> <p>1.osoby pracujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy • wydruk z CEIDG/KRS • potwierdzenie opłaty składek do ZUS/KRUS/zaświadczenie z gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego <p>2.osoby zarejestrowane jako bezrobotne: zaświadczenie z pup o statusie bezrobotnego</p>		
<p>V SZCZEGÓLNE POTRZEBY</p>		
29.	Czy w związku z uczestnictwem w projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/innej?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Jakie?



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU**

Ja niżej podpisany/-a deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24 pn. „Kręgosłup i stawy do poprawy – skuteczna rehabilitacja w Medycynie Grabieniec”, realizowanym przez "MEDYCYNĄ GRABIENIEC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, z siedzibą przy ul. Grabieniec 13, 91-140 Łódź, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w projekcie:

I Kryteria formalne:

Wiek-od 15 do 89 lat	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Miejsce zamieszkania – na terenie województwa łódzkiego: Łódź, Aleksandrów Łódzki, Zgierz, Zgierz-Gmina wiejska, Konstantynów Łódzki, Pabianie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Status osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej potwierdzony dokumentacją	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w minimum jednej ze wskazanych kategorii: M15, M16, M17, M19, M40, M41, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M70, M75, M76, M77, M95	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, iż dysponuję dokumentacją medyczną potwierdzającą diagnozę. Dokumentacja medyczna jest nie starsza niż 12 miesięcy – jako dokumentację rozumiemy wyłącznie:</p> <ul style="list-style-type: none"> wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych oraz (ewentualnie dodatkowo) zaświadczenie lekarskie, 		



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

<ul style="list-style-type: none"> • odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, • karty informacyjne leczenia szpitalnego lub inne dok. medyczne. 		
Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wyrażam zgodę a na udział w Programie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Nie korzystałem/am w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (oświadczenie –załącznik nr 3)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2. Kryteria dodatkowe (PREFERENCYJNE)		Liczba punktów
Jestem osobą w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	1 pkt.
Jestem osobą powracającą do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskich (>30 dni) / os. ponownie wracającą na rynek pracy po długoterminowej niezdolności do pracy (związanej z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych) wg np. druku e-ZLA (należy dołączyć, jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	2 pkt.
Jestem osobą pracującą narażoną na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych/ osobą zarejestrowaną jako bezrobotna, potrzebująca świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	3pkt.
Suma punktów		/6 max



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0042/24

Oświadczenie:

W związku z ubieganiem się przyjęcia do projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję jego treść,
2. jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
3. dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
4. jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Realizatora obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie, Realizator będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Łódź,

.....

(miejscowość, data)

podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*