



FORMALNA KWALIFIKACJA DO PROGRAMU

Regionalny program rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe”.

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W PROGRAMIE

Imię, nazwisko:												
PESEL:												
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>						Telefon:					
E-mail:												
Adres zamieszkania na terenie województwa łódzkiego*												
Powiat:							Gmina:					
Miejscowość:							Kod pocztowy:					
Ulica:												
Nr budynku							Nr mieszkania					
Status osoby pracującej*:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> - jeżeli NIE to czy deklaruje gotowość do podjęcia pracy TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>											
Data pozytywnego wyniku zakażenia wirusem Sars-CoV-2*:												

*Do programu kwalifikowani są mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej posiadający status ozdrowieńca (pacjent zgłasza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od zwolnienia z izolacji związanej z uzyskaniem pozytywnego wyniku zakażenia wirusem Sars-Cov-2 – jednak od czasu zakończenia izolacji nie powinno minąć więcej niż 12 miesięcy do dnia przystąpienia do projektu).

Ponadto zakwalifikowanie do Programu wymaga pisemnej zgody uczestnika oraz złożenie oświadczenia potwierdzającego niekorzystanie ze zbieżnej rehabilitacji finansowanej z innych środków publicznych.

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE ORAZ OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „**Regionalny program rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe”**”, wraz z wynikającymi z niego świadczeniami zdrowotnymi w szczególności ze świadczeniami z zakresu rehabilitacji, konsultacji: internistycznej, kardiologicznej, neurologicznej, psychologicznej oraz zleczanych badań. Dostarczę zaświadczenie lekarskie potwierdzające przechorowanie COVID-19 zawierające datę przechodzenia choroby lub pozytywny wynik testu PCR. Do 4 tygodni po zakończeniu udziału w programie dostarczę do WOMP CP-L w Łodzi dokument dotyczący aktywności zawodowej (zaświadczenie o zatrudnieniu lub o prowadzeniu działalności gospodarczej lub oświadczenie o prowadzeniu gospodarstwa rolnego/zaświadczenie z KRUS). Mam możliwość zakończenia udziału w Programie na każdym jego etapie - warunkiem koniecznym jest potwierdzenie tego na piśmie.

1. Oświadczam, że:

- nie posiadam wydanego orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy;
- nie korzystam obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku przebytą chorobą COVID-19 finansowanej z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego, Europejskiego Funduszu Społecznego;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych danych.

Informacja dodatkowa: Beneficjent realizujący projekt ma możliwość wystąpienia za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego do ww. instytucji o informacje dotyczące świadczeń udzielanych dla poszczególnych pacjentów.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **Regionalny program rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe”**.

zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończenia udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
2. W terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następują:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
 - b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.
2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
 - a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 - iod@lodzkie.pl
 - b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” - iod@miir.gov.pllub adres poczty iod@wompcpl.eu (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu Regionalny program rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
 - a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 2) w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”:
 - a) 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
- d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

5. Odbiorcą moich danych jest:

- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
- b) Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź,
- c) Beneficjent realizujący Projekt – **Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź** (nazwa i adres Beneficjenta),
- d) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu – Pabian-Med w Pabianicach, ul. Kilińskiego 10/12, 95-200 Pabianice; Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czaplinska 123, 97-400 Bełchatów; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej Curie w Zgierzu ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz.

Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

- 6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
- 9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
- 11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.

ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU – ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA

Kraj:		Województwo:	
--------------	--	---------------------	--

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

OSOBA PRACUJĄCA w tym:

- OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ
- OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ
- OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP (mikro, małe i średnie przedsiębiorstwo – do 250 pracowników)
- OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
- OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ
- OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ LUB PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ
- OSOBA PROWADZĄCA GOSPODARSTWO ROLNE
- INNE

ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :

WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca):

OSOBA BEZROBOTNA, w tym:

- ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDZÓW PRACY
- NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDZÓW PRACY
- AKTYWNIEMIE POSZUKUJĄCA PRACY
- OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA (>12 m-cy)
- INNE

OSOBA BIERNIE ZAWODOWO, w tym:

- OSOBA UCZĄCA SIĘ
- OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU
- OSOBA PRZEBYWAJĄCA NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM
- INNE

WYKSZTAŁCENIE UCZESTNIKA

<input type="checkbox"/> NIŻSZE PODSTAWOWE	<input type="checkbox"/> NIŻ GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ŚREDNIE	<input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> WYŻSZE
<input type="checkbox"/> PODSTAWOWE		

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA

- NIE
- TAK
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI

OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ

- NIE
- TAK



OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

- NIE
- TAK
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI

OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej):

- NIE
- TAK
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu