

Potwierdzenie złożenia wniosku (wypełnia Biuro ds. Rekrutacji)		
Data wpływu formularza	Godzina	Numer rekrutacyjny
Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa Kandydatki/Kandydata na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.		
..... Podpis osoby przyjmującej formularz		

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NR.....
do Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu, w ramach projekt pn. „Zdrowo i aktywnie - program rehabilitacji medycznej w WOMP CPL”

CZĘŚĆ I DANE KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Imię, nazwisko:			
PESEL:			
Brak PESEL	<input type="checkbox"/>		
Wiek			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/>	Mężczyzna <input type="checkbox"/>	Telefon:
Obywatelstwo:			
E-mail:			
Adres zamieszkania *			
Kraj		Województwo	
Powiat:		Gmina:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Nr budynku		Nr mieszkania	

WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)		
<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)	
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	
<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU (należy uzupełnić właściwe pola „X”)		
Oświadczam, że jestem:		
1. osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- długotrwale bezrobotną (w okresie dłuższymi niż 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- inne (np. osoby, które nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego/rodzicielskiego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
W tym:		
- osobą uczącą się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Osobą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pole „X”)		
Oświadczam, że jestem:		
1. Osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Obywatel państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ II – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)		
1. Jestem mieszkanką/mieszkańcem województwa łódzkiego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą pracującą lub osobą bezrobotną zarejestrowaną.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej (co najmniej jedną) zgodnie z	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

kodami (ICD-10 wymienionymi w RPZ i posiadam dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę (nie starszą niż 12 miesięcy, liczone od daty złożenia formularza zgłoszeniowego).		
4. Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Nie korzystałam/nie korzystałem w ciągu ostatnich 6 miesięcy oraz zobowiązuję się nie korzystać w okresie udziału w Projekcie z tych samych zabiegów (jak oferowane w ramach niniejszego Projektu) i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym z NFZ.	<input type="checkbox"/> Nie korzystałam/nie korzystałem	<input type="checkbox"/> korzystałam/korzystałem
KRYTERIA PREMIUJĄCE (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)		
Oświadczam, że jestem:		
1. osobą w wieku 50+ (tzn. w momencie składania niniejszego formularza mam ukończone 50 lat)- 10 pkt <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
2. osobą powracającą do pracy po zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni (oświadczenie – zał. nr 1 do formularza rekrutacyjnego) – 10 pkt <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
3. osobą ponownie wracającą na rynek pracy po długotrwałej niezdolności po pracy związanej z korzystaniem ze świadczeń rehabilitacyjnych (oświadczenie – zał. nr 1 do formularza rekrutacyjnego) – 10 pkt <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu

Załączniki do formularza:

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie oraz oświadczenie.
2. Pierwsza strona PIT z potwierdzeniem złożenia w Urzędzie Skarbowym/potwierdzeniem nadania na pocztę/potwierdzeniem UPO, jeśli PIT był złożony przez Internet LUB zaświadczenie z urzędu miasta/ZUS/KRUS potwierdzające miejsce zamieszkania.
3. Zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę/zaświadczenie o wpisie do CEIDG/wyciąg z KRS.
4. Orzeczenie o niepełnosprawności – jeśli dotyczy.

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROGRAMU

Ja, _____ niżej _____ podpisany
(a).....
(imię nazwisko, PESEL)

Wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. Zdrowo i aktywnie – program rehabilitacji medycznej WOMP CPL realizowany przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno – Lecznicze w Łodzi współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Funduszy Europejskich dla Łódzkiego 2021-2027 współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie 8.04 „Zdrowy pracownik. Rehabilitacja narządu ruchu.”

Oświadczam równocześnie, że:

1. Zostałem poinformowany/a, iż projekt **Zdrowo i aktywnie – program rehabilitacji medycznej w WOMP CPL** współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie.
3. Jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno–stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej (co najmniej jedną) w kategorii: M15 Zwyródnienie wielostawowe, M16 Koksartroza, M17 Gonartroza, M 19 inne zwyrodnienia stawów, M40 Kifoza i lordoza, M41 Skolioza, M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 Inne choroby kręgosłupa, M49Spondylopatie, w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, M50 Choroby kręgów szyjnych, M51 Inne choroby krążka międzykręgowego, M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej, M54 Bóle grzbietu, M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem, M75Uszkodzenia barku, M76 Entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy, M77 Inne entezopatie, M 95 Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo- szkieletowego i tkanki łącznej.
4. Posiadam dokumentację medyczną potwierdzającą jednostkę chorobową dotyczącą układu ruchu zgodnie z RPZ nie starszą niż 12 miesięcy liczone od daty złożenia dokumentów rekrutacyjnych.
5. Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

6. **Nie korzystałam/em** w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych **nie będę korzystać** ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:
- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
 - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
 - Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
 - Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
 - Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach: o „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub o „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub o „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
 - budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorzady powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorzady gminne).
7. Przedstawione przeze mnie w dokumentacji rekrutacyjnej dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.
8. Potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi RODO dla uczestnika indywidualnego projektu.

.....
data i podpis

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 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 zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na 74 potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;

- ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
- ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu)

6. Źródło Pani/Pana danych : Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera

7. Odbiorcami/kategoriemi odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
- podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
- podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027 usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

8. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ FEŁ2027 dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty



dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

9. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
- przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

.....
Podpis Uczestnika Projektu