załącznik nr 1 do regulaminu

|  |
| --- |
| FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKÓW PROJEKTUProsimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania. |
| Tytuł projektu: | „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miasto Mrągowo” |
| Beneficjent: | Gmina Miasto Mrągowo, ul. Królewiecka 60A, 11-700 Mrągowo |
| Nr projektu | RPWM.10.07.00-28-0020/19 |
| DANE OSOBOWE KANDYDATA |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Nr PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Wiek w latach (ukończony) |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Płeć |  Kobieta Mężczyzna | Osoba niepełnosprawna\*[[1]](#footnote-1) |  tak nie |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e –mail |  |
| Wykształcenie |  Poziom ISCED 0 – niższe niż podstawowe Poziom ISCED 1 – wykształcenie podstawowe  Poziom ISCED 2 – wykształcenie gimnazjalne Poziom ISCED 3 – wykształcenie ponadgimnazjalne(dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum,uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową) Poziom ISCED 4 – wykształcenie policealne Poziom ISCED 5-8- wykształcenie wyższe |
| ADRES ZAMIESZKANIA[[2]](#footnote-2) |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Obszar |  miejski | wiejski |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Powiat |  | Województwo |  |
| STATUS KNDYDATA/TKI UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU |
| Osoba bezrobotna |  tak  |  nie | Jestem osobą bierną zawodowo (tj. osobą która nie pracuje i aktywnie nie poszukuje pracy) |
|  tak  |  nie | Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowana w Urzędzie Pracy[[3]](#footnote-3) |
|  tak  |  nie | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy |
|  tak  |  nie | Osoba długotrwale bezrobotna[[4]](#footnote-4) |
| Osoba bierna zawodowo |  tak  |  nie | Osoba bierna zawodowo[[5]](#footnote-5) (ucząca się) |
|  tak  |  nie | Osoba bierna zawodowo, ale nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[[6]](#footnote-6) |
| Osoba zatrudniona |  tak  |  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\* |  tak |  nie |  odmawiam podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  tak |  nie |  odmawiam podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  tak |  nie |  odmawiam podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  tak |  nie |  odmawiam podania informacji |
| (innej 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 |  osoba kontynuuje zatrudnienie osoba nabyła zatrudnienie osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie osoba podjęła kształcenie lub szkolenie osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek osoba poszukująca pracy osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowania dziecka osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowania dziecka osoba uzyskała kwalifikacje sytuacja w trakcie monitorowania inne |
| Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM) |  projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych  |
| Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  tak |  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 Miasto Mrągowo” 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 Miasto Mrągowo” 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 Miasto Mrągowo” 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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz.U z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).
* W przypadku uczestnika projektu nie posiadającego zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa jego opiekun prawny.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Miejscowość, data |  |  Czytelny podpis |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji do udziału w projekcie „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miasto Mrągowo” zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.). Uprzedzona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis

Jednocześnie oświadczam, że nie odbywam kary pozbawienia wolności.

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis

DEKLARACJA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie:

(Właściwe proszę zaznaczyć X)

Zamieszkanie:

Jestem osobą fizyczną mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na terenie miasta Mrągowo:

|  |
| --- |
|  |

TAK

|  |
| --- |
|  |

NIE

Wiek:

|  |
| --- |
|  |

jestem osobą powyżej 50 roku życia

|  |
| --- |
|  |

jestem osobą w wieku produkcyjnym 18-64 lata dla mężczyzn oraz 18-59 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

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.10.07.00-28-0020/19
pn. Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miasto Mrągowo.” 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

1. Osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j.: Dz.U.2019.1172 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz.U.2018.1878 z późn.zm.), 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Adres zamieszkania – oznacza miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z brzmieniem rozdziału II art. 25 Kodeksu Cywilnego) [↑](#footnote-ref-2)
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. [↑](#footnote-ref-3)
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). [↑](#footnote-ref-4)
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, [↑](#footnote-ref-5)
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). [↑](#footnote-ref-6)