



## FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

*„Bezpłatna rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców powiatu poddębickiego w MOŻ-MED”*

Wypełnia przyjmujący formularz:

DATA ZAŁOŻENIA	
GODZINA ZŁOŻENIA	

Zweryfikowano datę urodzenia uczestnika projektu w oparciu o wgląd do dokumentu tożsamości.	..... Podpis Beneficjenta
---	------------------------------

Dane ogólne:													
Nazwisko													
Imię/imiona													
Pesel													
Adres zamieszkania:													
Województwo	ŁÓDZKIE		Powiat	PODDĘBICKI				Gmina					
Miejscowość					Kod						Poczta		
Ulica							Nr domu			Nr lokalu			
Nr telefonu				Adres e-mail									
Adres korespondencyjny jeśli inny niż zamieszkania:													



**Zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce**

Wykształcenie:					
<input type="checkbox"/> <b>Brak</b>  /brak formalnego wykształcenia/	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b>  /kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej/	<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b>  /kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej/	<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b>  /kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)/	<input type="checkbox"/> <b>Policealne</b>  /kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym/	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b>  /pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym

**Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**

**WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY BEZROBOTNE**

**Uwaga!** Po zaznaczeniu statusu prosimy o sprawdzenie czy jesteś osobą długotrwale bezrobotną, jeżeli nie zaznacz odpowiedź „inne”.

**Definicja Osoby długotrwale bezrobotnej** – 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).

Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

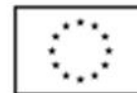
<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b>  <input type="checkbox"/> <b>długotrwale bezrobotna</b> <input type="checkbox"/> <b>inne</b>	<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b>  <input type="checkbox"/> <b>długotrwale bezrobotna</b> <input type="checkbox"/> <b>inne</b>
--	---

**WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY BIERNE ZAWODOWO**

Poniższą tabelę wypełniają osoby:

- które są osobami pracującymi ale przebywają na urlopie wychowawczym, w takim przypadku proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo” w tym: „inne”. Chyba, że jesteś osobą zarejestrowaną jako bezrobotna, wówczas zgodnie z definicją należy wypełnić część I formularza dla osób bezrobotnych.
- które mają zawieszoną działalność gospodarczą, nie przebywają na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim lub wychowawczym. W takim przypadku proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo”, w tym: „inne”.
- uczące się czyli osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna, ale uczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym rozumiane jest jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym. W takim przypadku proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo” w tym: „osoba ucząca się”.
- nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu czyli osoby, które nie pracują i nie są bezrobotne np. osoby przebywające na zasiłku emerytalnym, które nie uczą się ani nie szkolą. W takiej sytuacji proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo” w tym: „osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu”

<input type="checkbox"/> <b>osoba bierna zawodowo, w tym:</b>  <input type="checkbox"/> <b>inne</b> <input type="checkbox"/> <b>osoba ucząca się</b> <input type="checkbox"/> <b>osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>
---



<b>WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY PRACUJĄCE</b>						
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
<b>Wykonywany zawód</b>		<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik				
<b>Miejsce zatrudnienia (dokładna nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia)</b>						

<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji



Pierwszeństwo w rekrutacji:		
Jestem osobą zamieszkującą na terenie obszarów wiejskich, miastach średnich oraz miejscowości <20.000 mieszkańców (gminy: Dalików, Pęczniew, Poddębice, Uniejów, Wartkowice, Zadzim.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

**W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić (tłumacz języka migowego, pomoc asystenta, powiększony tekst dokumentacji, inne - podać jakie).**

--

### Oświadczenia

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach zaistniałych w moich danych osobowych.
- Zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014- 2020.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Bezpłatna rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców powiatu poddębickiego w MOŻ-MED” oraz akceptuję zawarte w nim warunki.
- Oświadczam, iż jestem osobą najbardziej narażoną na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliską powrotowi na rynek pracy w wyniku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych.
- Oświadczam, iż zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na obszarze powiatu poddębickiego.
- Oświadczam, iż jestem osobą w wieku aktywności zawodowej, powyżej 50 r.ż., która zalicza się do grupy osób pracujących lub grupy osób pozostających bez zatrudnienia lecz gotową i chętną do podjęcia zatrudnienia.**
- Oświadczam, że jestem osobą której stan zdrowia umożliwi podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.
- Oświadczam, iż jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności z:
  - ✓ przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchowości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii



- ✓ chorobami kręgosłupa
- ✓ chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien)

9. Nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych (co potwierdzam stosownym oświadczeniem).

10. Wyrażam zgodę i chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Bezpłatna rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców powiatu poddębickiego w MOŻ-MED”

.....  
**miejsowość i data**

.....  
**czytelny podpis Uczestnika**