



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24 „Program rehabilitacji leczniczej w Instytucie Zdrowia MedicalI” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach

programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 do Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

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



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

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. Wojska Polskiego 77, 97-300 Piotrków Trybunalski, kontakt z biurem pod nr telefonu: 662 001 586
 - **osobiście w dniach:**
 - poniedziałek: 08.00-16.00
 - wtorek: 08.00-16.00
 - środa: 08.00-18.00
 - czwartek: 08.00-16.00
 - piątek: 08.00-16.00
 - lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
 - **elektronicznie** poprzez skrzynkę mailową na adres: a.krawczyk@medicall.com.pl
- W przypadku dokonania zgłoszenia w formie elektronicznej warunkiem rozpoczęcia udziału w projekcie jest dostarczenie oryginałów dokumentacji rekrutacyjnej przekazanej w formie mailowej.**

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
2.	Rodzaj Uczestnika	<input checked="" type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel Instytucji
3.	Imię	
4.	Nazwisko	



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

5.	PESEL	Nr PESEL..... <input type="checkbox"/> brak nr PESEL
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)
II MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
9.	Kraj	
10.	Województwo	
11.	Powiat	
12.	Gmina	
13.	Miejscowość	
14.	Kod pocztowy	
15.	Telefon kontaktowy	
16.	Adres e-mail	



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

Na potwierdzenie miejsca zamieszkania/statusu mieszkańca obszaru realizacji projektu należy załączyć jeden z wymienionych dokumentów:

- **deklarację PIT** - pierwsza strona dokumentu za ostatni rok podatkowy, strona z adresem zamieszkania wraz z potwierdzeniem złożenia,
- **zaświadczenie o zatrudnieniu** od pracodawcy ze wskazanym adresem zamieszkania pracownika,
- **zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy** ze wskazanym adresem zamieszkania zarejestrowanej osoby bezrobotnej,

Zaświadczenia o których mowa wyżej ważne są 30 dni od dnia wydania.

- Wyciąg z Urzędu Skarbowego
- Kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości
- Umowa najmu
- Pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata
- Wydruk ze strony PUE
- Zaświadczenie z urzędu gminy potwierdzające miejsce zamieszkania

III STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

17	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
18.	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
19.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) <i>*dane wrażliwe</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na podanie informacji <input type="checkbox"/> tak
20.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
21.	Osoba z niepełnosprawnościami <i>*dane wrażliwe</i>	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wyrażam zgody na podanie informacji <input type="checkbox"/> tak



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

Jeśli zaznaczono odpowiedź twierdzącą należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:

- 1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /legitymację osoby z niepełnosprawnością / inny dokument potwierdzający niepełnosprawność
- 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;
- 3) zaświadczenia od właściwej instytucji, wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu;
- 4) dokumentu potwierdzającego przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej

28.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <u>W tym:</u> <ul style="list-style-type: none"> <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 bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy, <u>w tym:</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) <input type="checkbox"/> inna

Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć:

1.osoby pracujące:

- zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy
- wydruk z CEIDG/KRS
- potwierdzenie opłaty składek do ZUS/KRUS/zaświadczenie z gminy o prowadzeniu gospodarstwa rolnego

2.osoby zarejestrowane jako bezrobotne: zaświadczenie z PUP o statusie bezrobotnego



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

V SZCZEGÓLNE POTRZEBY		
29.	Czy w związku z uczestnictwem w projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak Jakiej?
OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU		
<p>Ja niżej podpisany/-a deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie FELD.08.04-IZ.00-0041/24 „Program rehabilitacji leczniczej w Instytucie Zdrowia Medical” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria</p>		
I Kryteria formalne:		
Wiek-od 15 do 89 lat	TAK	NIE
Miejsce zamieszkania – na terenie województwa łódzkiego: powiat piotrkowski, Miasto Piotrków Trybunalski	TAK	NIE
Status osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej potwierdzony dokumentacją	TAK	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	TAK	NIE



Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

<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, odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, 			
Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	TAK	NIE	
Wyrażam zgodę a na udział w Programie	TAK	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)	TAK	NIE	
2. Kryteria dodatkowe (PREFERENCYJNE)			Liczba punktów
Jestem osobą w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	TAK	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)	TAK	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	TAK	NIE	3pkt.
Suma punktów			/6



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0041/24

Oświadczenie:

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

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie 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.

Piotrków Trybunalski,

.....

(miejscowość, data)

podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*