



FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

„Wylecz kręgosłup, bądź aktywny – Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”

Wypełnia przyjmujący formularz:

DATA ZAŁOŻENIA	
GODZINA ZŁOŻENIA	

Dane ogólne:												
Nazwisko												
Imię/imiona												
Pesel												
Adres zamieszkania:												
Województwo					Powiat					Gmina		
Miejscowość					Kod							
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"/> Brak /brak formalnego wykształcenia/	<input type="checkbox"/> Podstawowe /kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej/	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne /kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej/	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne /kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)/	<input type="checkbox"/> Policealne /kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym/	<input type="checkbox"/> Wyższe /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.

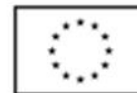
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna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

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



WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY PRACUJĄCE						
<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
Wykonywany zawód		<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				
Miejsce zatrudnienia (dokładna nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia)						

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



Dodatkowe kryteria premiujące:		
Jestem osobą w wieku 50 lat i więcej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem kobietą	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą wykonującą pracę siedzącą	<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 „Wylecz kręgosłup, bądź aktywny – Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” 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 jestem mieszkańcem województwa łódzkiego.



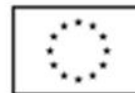
6. Oświadczam, iż jestem osobą w wieku aktywności zawodowej, tzn. osobą w wieku 15 lat i więcej, która zalicza się do grupy osób pracujących lub grupy osób pozostających bez zatrudnienia lecz gotową i chętną do podjęcia zatrudnienia.
7. Oświadczam, iż jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii:
- M47 Spondyloza
 - M48 Inne choroby kręgosłupa
 - M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
 - M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
 - M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
 - M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 - M54 Bóle grzbietu

Co potwierdzam załączoną dokumentacją medyczną (nie starszą niż rok).

8. Nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych (co potwierdzam stosownym oświadczeniem).
9. Wyrażam zgodę i chęć uczestnictwa w projekcie pn. Wylecz kręgosłup, bądź aktywny – Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika



DODATKOWE KRYTERIA PUNKTOWE (wypełnia oceniający)

1. Osoba w wieku 50 lat i więcej – 5 pkt.

<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	<i>Liczba punktów:</i>
------------	------------	------------------------

2. Płeć -kobieta – 5 pkt.

<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	<i>Liczba punktów:</i>
------------	------------	------------------------

3. Osoba wykonująca pracę siedzącą – 5 pkt.

<i>Tak</i>	<i>Nie</i>	<i>Liczba punktów:</i>
------------	------------	------------------------

Łączna ilość punktów:.....

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Beneficjenta