



	Numer lokalu (jeśli dotyczy):
<b>DANE KONTAKTOWE</b> (pola należy uzupełnić lub właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)	
Telefon kontaktowy*	
Adres e-mail*	

\* Kandydat jest zobowiązany do podania przynajmniej jednej formy kontaktu.

<b>STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy</b> (należy załączyć zaświadczenie o pozostawaniu w rejestrze UP) <i>(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)</i> W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Długotrwale bezrobotna</b>  <i>(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)</i></li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy</b> <i>(osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)</i> W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Długotrwale bezrobotna</b>  <i>(osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)</i></li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b> <i>(osoba powyżej 15 roku życia, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, ale jest w kondycji fizycznej umożliwiającej podjęcie zatrudnienia)</i> W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba ucząca się (w trybie dziennym)</b>  <i>(osoba, która uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym, rozumianym jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym).</i></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>  <i>(osoba, która nie uczy się ani nie szkoli)</i></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Inne</b></li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca</b> <i>(osobą pracującą jest osoba, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, w tym prowadząca gospodarstwo rolne; bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”)</i> W tym: <p><i>(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> Wykonywany zawód: <p><i>(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego</li> </ul>	

- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- Kluczowy pracownik<sup>2</sup> instytucji pomocy i integracji społecznej
- Pracownik instytucji rynku pracy
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- Rolnik
- Inny

Jestem zatrudniony/a w:.....

(pełna nazwa zakładu pracy/pracodawcy/prowadzonej działalności gospodarczej)

Należy załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy lub wydruk poświadczony za zgodność z oryginałem z CEIDG – jeśli dotyczy)

#### STATUS W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)

<p><b>Osoba należąca do mniejszości narodowej<sup>3</sup> lub etnicznej<sup>4</sup>, migrant, osoba obcego pochodzenia<sup>5</sup> (dane wrażliwe)</b> (Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości)</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<p><b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b> (Osoby bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów), osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<p><b>Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe)</b> (osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia) <u>Należy załączyć kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności poświadczonego przez kandydata za zgodność z oryginałem lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</u></p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<p><b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe)</b> (osoba z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe lub bez wykształcenia będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu wykształcenia podstawowego, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich)</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

#### INFORMACJE DODATKOWE – KRYTERIA REKRUTACYJNE

w ramach Regionalnego Programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno- stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022

(właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X lub uzupełnić)

Czy deklaruje Pan/i gotowość do podjęcia zatrudnienia (dotyczy osób nieaktywnych)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
---	------------------------------	------------------------------

<sup>2</sup> **Kluczowy pracownik** - osoba zajmująca się bezpośrednią pomocą osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym w formie usług aktywizacyjnych, pracy socjalnej i innych usług społecznych, w szczególności pracownik socjalny i aspirant pracy socjalnej. Instytucje pomocy i integracji społecznej - jednostki organizacyjne pomocy społecznej wymienione w ustawie o pomocy społecznej oraz podmioty, o których mowa w ustawie o zatrudnieniu socjalnym.

<sup>3</sup> **Mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

<sup>4</sup> **Mniejszości etniczne**: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>5</sup> **Migrant, osoba obcego pochodzenia** - cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski

zawodowo)?		
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na zwyrodnienia wielostawowe (M15)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych (koksartroza) (M16)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych (gonartroza) (M17)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego (M18)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na inne choroby zwyrodnieniowe (M19)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na choroby kręgow szyjnych (M50)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na inne choroby krążka międzykręgowego (M51)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy chorował/a Pan/i lub choruje na bóle grzbietu (M54)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy korzystał/a Pan/i ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wyżej wymienionych jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....  
 MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa ” w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Czechowicach-Dziedzicach i powiecie bielskim, w poradni Rehabilis” i akceptuję jego warunki.
3. Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie i Formularzu jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Czechowicach-Dziedzicach i powiecie bielskim, w poradni Rehabilis”.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Czechowicach-Dziedzicach i powiecie bielskim, w poradni Rehabilis”.
5. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mnie dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w Projekcie.
8. Zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy o niniejszym oświadczam, że ww. dane są prawdziwe. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a, że w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, „Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Czechowicach-Dziedzicach i powiecie bielskim, w poradni Rehabilis” będzie miała prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
9. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Rehabilis mgr Marcin Lis o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

.....  
 MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU