

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

Nazwa projektodawcy:
Centrum Medyczne Enel-Med Spółka Akcyjna ul. Słomińskiego 19/524, 00-195 Warszawa NIP: 5242593360
Tytuł projektu:
„Rehabilitacja dla Ciebie - terapia, edukacja, działanie!!!”

Dane uczestnika																									
Imię																									
Nazwisko																									
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL</td> </tr> </table>													zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL											
zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL																									
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>																							
	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>																							
	ISCED 3 Ponadgminazjalne / Ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>																							
	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>																							
	ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>																							
	ISCED 0 Brak	<input type="checkbox"/>																							

Dane kontaktowe uczestnika	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu				
Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.	Tak		Nie	
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.	Tak		Nie	
W tym długotrwale bezrobotny 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). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.	Tak		Nie	
Bierny zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).	Tak		Nie	
W tym osoba ucząca się	Tak		Nie	
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Tak		Nie	
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)	Tak		Nie	
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
Zatrudniony w: Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony				

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

Wykonywany zawód:					
Nauczyciel kształcenia zawodowego					<input type="checkbox"/>
Nauczyciel kształcenia ogólnego					<input type="checkbox"/>
Nauczyciel wychowania przedszkolnego					<input type="checkbox"/>
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego					<input type="checkbox"/>
Pracownik instytucji rynku pracy					<input type="checkbox"/>
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia					<input type="checkbox"/>
Rolnik					<input type="checkbox"/>
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej					<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"/>
Instruktor praktycznej nauki zawodu					<input type="checkbox"/>
Inny					<input type="checkbox"/>
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu					
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)					
Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia					
Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.					
Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań					
1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).					
Tak	<input type="checkbox"/>	Nie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami					
Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności: - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, - orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, - orzeczenie o niezdolności do pracy, - orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, - orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,					

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

- inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), - w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych
(należy wypełnić w dniu przystąpienia do projektu)

Data

Podpis

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

REHABILITACJA DLA CIEBIE
terapia, edukacja, działanie!!!

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI

Zgłaszając chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Rehabilitacja dla Ciebie - terapia, edukacja, działanie!!!”, oświadczam, że:

zostałem(łam) poinformowany(a), iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020	TAK
w przypadku zakwalifikowania do udziału w programie zobowiązuję się do uregulowania kwoty 99 zł, tytułem opłaty za uczestnictwo w projekcie	TAK
zapoznałem(łam) się z Regulaminem udziału w projekcie, akceptuję jego postanowienia i oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie, tj.:	TAK
– posiadam stałe lub czasowe zameldowanie na terenie województwa Wielkopolskiego	TAK
– jestem kobietą w przedziale wiekowym 50-59 lat lub mężczyzną w przedziale wiekowym 50-64 lata	TAK
– jestem aktywny(a) zawodowo w rozumieniu treści Wytycznych w obszarze zdrowia	TAK
– posiadam skierowanie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych układu mięśniowo-szkieletowego, tkanki łącznej i kręgosłupa i zobowiązuję się do jego dostarczenia na pierwszą konsultację lekarską	TAK
– w ciągu ostatniego miesiąca nie korzystałem(am) z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacji finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zbliżonym z opieką rehabilitacyjną objętą przedmiotowym Projektem	TAK
– w ciągu ostatniego miesiąca nie przebywałem(am) w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym	TAK
nie uczestniczę w żadnym innym programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym związanym ze schorzeniami narządu ruchu i kręgosłupa finansowanym ze środków publicznych, w tym również ze środków NFZ	TAK
nie brałem/nie brałem oraz nie biorę udziału w analogicznym projekcie finansowanym ze środków Unii Europejskiej u innego beneficjenta wdrażającego RPZ „Wielkopolski Program Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji medycznej”	TAK
zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa we wszystkich zajęciach w ramach projektu, tj. konsultacjach lekarskich/fizjoterapeutycznych, zabiegach terapii indywidualnej, zajęciach edukacyjnych, zajęciach sportowych	TAK
zobowiązuję się, w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, do przekazania danych dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.	TAK
przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie nieprawdziwych informacji może spowodować, że organizator Projektu „Rehabilitacja dla Ciebie - terapia, edukacja, działanie!!!” może ponieść szkodę w związku z utratą dofinansowania mojego uczestnictwa w Projekcie w kwocie nawet 2.989,53 PLN	TAK

Data złożenia oświadczeń

Czytelny podpis Kandydata(tki)

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020