



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0029/25 pt. „Prosto po zdrowie - program rehabilitacji i edukacji zdrowotnej dla mieszkańców powiatu wieluńskiego” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem, Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik.

<b>IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA/TKI</b>	
<b>Data i godzina przyjęcia:</b>	Data .....r. godz.....
<i>Potwierdzam weryfikację tożsamości/wieku/obywatelstwa kandydata/tki na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości</i>	
..... <i>podpis osoby przyjmującej formularz</i>	

### 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: w Biurze Projektu: w Przychodni Lekarzy Specjalistów SANMED M. Świdorski i R. Puławski spółka jawna w Wieluniu ul. Joanny Żubr 18; w POZ Mokrsko 233, w POZ Konopnica, ul. Parkowa 1:
  - osobiście – w godzinach pracy Przychodni
  - za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem,
  - elektronicznie - na adres: brygida.walacik@sanmedwielun.pl



<b>I DANE PERSONALNE</b>	
1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	PESEL
4.	Wiek
5.	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6.	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)
<b>II ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
7.	Ulica
8.	Nr domu
9.	Nr lokalu
10.	Kod pocztowy
11.	Miejscowość
12.	Gmina
13.	Powiat
14.	Województwo
Na potwierdzenie miejsca zamieszkania należy załączyć: <input checked="" type="checkbox"/> deklarację PIT lub wyciąg z Urzędu Skarbowego, kopia decyzji podatkowej, umowa najmu nieruchomości, rachunki za media, wydruk z PUE ZUS, zaświadczenie od pracodawcy wskazujące adres zamieszkania	
<b>III DANE KONTAKTOWE</b>	
15.	Telefon
16.	Adres e-mail
<b>IV ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja</b>	



powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej)		
17.	Ulica	
18.	Nr domu	
19.	Nr lokalu	
20.	Kod pocztowy	
21.	Miejscowość	
<b>V</b>	<b>STATUS KANDYDATA</b>	
22.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1) <input type="checkbox"/> osoba pracująca 2) <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy, w tym <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) <input type="checkbox"/> korzystam ze wsparcia instytucji rynku pracy w zakresie aktywizacji zawodowej
<p>Na potwierdzenie statusu na rynku pracy należy załączyć dokumenty nie starsze niż 30 dni:</p> <p>1.osoby pracujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy/zleceniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> wydruk z CEIDG/KRS/KRUS</li> </ul> <p>2.osoby zarejestrowane jako bezrobotne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy/ZUS o statusie bezrobotnego</li> </ul>		
23.	Status w chwili przystąpienia do projektu	1) <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami 2) <input type="checkbox"/> obywatel państwa trzeciego 3) <input type="checkbox"/> osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań 4) <input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) 5) <input type="checkbox"/> osoba obcego pochodzenia
<p>Jeśli w pkt. 23 zaznaczono odpowiedź należy dołączyć kserokopię odpowiednich dokumentów potwierdzających status np.:</p>		



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



- 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
- 5) karty pobytu

## VI. SZCZEGÓLNE POTRZEBY

Czy w związku z uczestnictwem w projekcie masz szczególne potrzeby wynikające z Twojego stanu zdrowia/sytuacji osobistej/innej?

NIE

TAK (jakie?)

## VII OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU

Ja niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przystąpienie do udziału w projekcie pn. „Prosto po zdrowie- program rehabilitacji i edukacji zdrowotnej dla mieszkańców powiatu wieluńskiego”, realizowanego przez Przychodnię Lekarzy Specjalistów SANMED M. Śiwderski i R. Puławski spółka jawna w Wieluniu w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w projekcie:

### 1. KRYTERIA FORMALNE

<b>Miejsce zamieszkania i/lub pracy-</b> na terenie województwa łódzkiego	TAK	NIE
<b>Status</b> osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej	TAK	NIE
<b>Zdiagnozowana choroba</b> 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
Diagnoza potwierdzona dokumentacją medyczną nie starszą niż 12 miesięcy:		
<input type="checkbox"/> wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych oraz (ewentualnie dodatkowo) zaświadczenie		



lekarskie		
☑ odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego		
☑ karty informacyjne leczenia szpitalnego		
Dokumentacja powinna potwierdzać możliwość rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.		
<b>Stan zdrowia</b> - umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym	TAK	NIE
<b>Zgoda</b> na udział w Programie	TAK	NIE
<b>Niekorzystanie</b> w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych (załącznik 1)	TAK	NIE
<b>2. KRYTERIA FORMALNE DODATKOWE (PREFERENCYJNE)</b>		Liczba punktów
osoba w wieku 50 lat lub więcej / wg dokumentu tożsamości	TAK	2
osoba powracająca do pracy po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (powyżej 30 dni) / ponownie wracająca na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy związanej z korzystaniem ze świadczenia rehabilitacyjnego /wg np. druku e-ZLA	TAK	3
	SUMA	/5

Oświadczenie:

W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji 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.

Wieluń, .....

.....



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



*(miejsowość, data)*

*podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki\**