

Data wpływu.....

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Projekt nr RPLB.06.07.00-08-0014/21

REGIONALNY PROGRAM OPERACYJNY- LUBUSKIE 2020

Działanie 6.7. Profilaktyka i rehabilitacja zdrowotna osób pracujących i powracających do pracy oraz wspieranie zdrowych i bezpiecznych miejsc pracy

**DANE OSOBOWE**

Imię i nazwisko:			
PESEL:			
Płeć:			
Wykształcenie:	<b>niższe niż podstawowe</b> (ISCED 0)	<b>podstawowe</b> (ISCED 1)  <i>Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej</i>	<b>gimnazjalne</b> (ISCED 2)  <i>Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>
	<b>ponadgimnazjalne</b> (ISCED 3)  <i>Wykształcenie na poziomie szkoły średniej (np. liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)</i>	<b>policealne</b> (ISCED 4)  <i>Wykształcenie na poziomie szkoły policealnej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	<b>wyższe</b> (ISCED 5-8)  <i>Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej</i>

**DANE KONTAKTOWE**

województwo:	LUBUSKIE	adres:	
powiat:	STRZELECKO-DREZDENECKI	ulica:	
gmina:		numer domu/lokalu:	
miejsowość:		kod pocztowy:	
numer telefonu:		adres e-mail:	

Preferowana forma kontaktu\*: telefonicznie, na adres e – mail, pocztą pod wskazany wyżej adres.

\*(niepotrzebne skreślić)

**STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU I**

<b>osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy<sup>1</sup></b> <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wymagane jest dołączenie zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy)</i>	tak	nie
<b>osoba długotrwale bezrobotna</b> <i>(osoba zarejestrowana w PUP powyżej 12 miesięcy)</i>	tak	nie

<sup>1</sup>**Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, niewykonująca innej pracy zarobkowej, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne. **Osoba długotrwale bezrobotna** – w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (wiek uczestników jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie).

<b>osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> (osoba gotowa do podjęcia zatrudnienia)	tak	nie
<b>osoba bierna zawodowo<sup>2</sup></b> (osoba, która nie pracuje i nie tworzy w danej chwili zasobów siły roboczej oraz nie jest bezrobotna, czyli nie jest osobą zarejestrowaną w PUP)	tak	nie
<b>osoba pracująca</b> (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” proszę wypełnić kolejną tabelę; w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „nie” poniższą tabelę pozostawić nie wypełnioną)	tak	nie
<b>jestem uczniem w trakcie praktycznej nauki zawodu</b> (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” wymagane jest dołączenie zaświadczenia o pobieraniu praktyk)	tak	nie

osoba samozatrudniona	tak	nie
osoba pracująca w administracji	tak	nie
osoba pracująca w organizacjach pozarządowych	tak	nie
osoba pracująca - przedsiębiorstwo mikro	tak	nie
osoba pracująca- przedsiębiorstwo małe	tak	nie
osoba pracująca - przedsiębiorstwo średnie	tak	nie
osoba pracująca - przedsiębiorstwo duże	tak	nie

### PRZYNALEŻNOŚĆ DO KATEGORII

1.	Przynależę do mniejszości narodowej <sup>3</sup> lub etnicznej <sup>4</sup> , jestem migrantem <sup>5</sup> , osobą obcego pochodzenia <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
2.	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
3.	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
4.	Osoba z niepełnosprawnościami (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wymagane kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

<sup>2</sup> **Osoby bierne zawodowo** - osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. **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), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

<sup>3</sup> Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

<sup>4</sup> Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości etniczne** to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>5</sup> **Cudzoziemcy** na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

<sup>6</sup> **Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy** –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

<sup>7</sup> **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** to: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań a także osoby z obszarów wiejskich.

## OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA GROMADZENIE I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji zgromadzonej w trakcie mojego udziału w Programie polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy, do celów związanych z realizacją świadczeń w Programie oraz ewaluacją Programu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r., poz.2135). Wszelkie dane dotyczące mojego stanu mojego stanu zdrowia pozostają objęte ochroną wynikającą z tajemnicy medycznej.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Oświadczam, świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikających z art. 233 (podanie nieprawdziwych informacji / zatajenie) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r., poz. 80), że zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE O GOTOWOŚCI DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA\*

\*(oświadczenie dotyczy osób bezrobotnych)

Oświadczam, że wyrażam gotowość do podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie „Fizjoterapia w powiecie strzelecko – drezdeneckim”. Oświadczam również, że poinformuję realizatora Programu, jeśli w ciągu 4 tygodni od zakończenia rehabilitacji w Programie podejmę pracę (jeśli będzie to związane z poprawą mojego zdrowia).

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie korzystam aktualnie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ośrodku, do którego składam niniejszy wniosek, ani nie posiadam aktualnego skierowania na rehabilitację od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie uczestniczyłam/em i nie uczestniczę w innym projekcie w ramach „Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących oraz powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/am się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i akceptuję jego warunki oraz oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie

Niniejszym wnoszę o zakwalifikowanie mnie do Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy.

Do wniosku załączam do wglądu dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie u mnie schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.

.....  
Podpis osoby ubiegającej się do uczestnictwa w projekcie