WÓJT GMINY
MIŁKI

SK.0047.2019

ZARZĄDZENIE NR 47.2019
Wójta Gminy Miłki
z dnia 13 sierpnia 2019 r.

w sprawie przyjęcia regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pod nazwą „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki."

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 506). zarządzam, co następuje:

§ 1.

Przyjmuję regulamin określający zasady uczestnictwa i procesu rekrutacji w projekcie realizowanym przez Gminę Miłki pod nazwą **„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki"** w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

WÓJT GMINY MIŁKI
Barbara Małgorzata Mazurczyk

Wójt Gminy Miłki
Barbara Małgorzata Mazurczyk

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
w ramach projektu numer **RPWM.10.07.00-28-0019/19**
pn. „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki."
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020
OŚ PRIORYTETOWA 10. REGIONALNY RYNEK PRACY
DZIAŁANIE 10.7 AKTYWNE I ZDROWE STARZENIE SIĘ
TYP PROJEKTU: Opracowanie i/lub wdrożenie programów zdrowotnych z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej
Wersja 01 z dnia -07.08.2019 r.

§1 Definicje

1. **Beneficjent** – Gmina Miłki, ul. Mazurska 2, 11-513 Miłki
2. **Biuro Projektu** – Fundacja Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich, ul. Łuczańska 1, 11-500 Giżycko, tel. 87 428 04 90, e-mail: milki.10.7@jeziora.com.pl
3. **Placówki realizujące projekt** na terenie Gminy Miłki:

a) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Fizjo-Medica" Usługi Rehabilitacyjne Janusz Kossowski z siedzibą w Ełku przy ul. Jana Pawła II 11 (Odział w Wydminach ul. Grunwaldzka 94) – Partner A
b) Fundacja Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich, ul. Łuczańska 1, 11-500 Giżycko – Partner B

4. **Osoba w wieku aktywności zawodowej** – według „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020" osoba w wieku aktywności zawodowej to osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym);
5. **Projekt** – „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki" nr RPWM.10.07.00-28-0019/19 współfinansowany ze środków

Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

6. **Uczestnik Projektu** – osoba zakwalifikowana do Projektu zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie i bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług w ramach Projektu.

§2

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin rekrutacji i uczestnictwa (Regulamin) określa zasady naboru uczestników projektu pn. „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki".
2. **Głównym celem "Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2021 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu"** jest zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa **wśród populacji osób powyżej 50. roku życia** w województwie warmińsko-mazurskim.
3. Celem projektu jest zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa wśród **90 mieszkańców (30 kobiet, 60 mężczyzn) gminy Miłki** będących w wieku aktywności zawodowej, poprzez wdrożenie w okresie od 1 sierpnia 2019 r. do 31 lipca 2020 "Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2021 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu".
4. Projekt realizowany jest przez Gminę Miłki w partnerstwie z NZOZ "Fizjo-Medica" Usługi Rehabilitacyjne Janusz Kossowski z siedzibą w Ełku przy ul. Jana Pawła II 11 (Odział w Wydminach ul. Grunwaldzka 94), Fundacją Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich z siedzibą w Giżycku przy ul. Łuczańskiej 1, 11-500 Giżycko, w okresie od 01.08.2019 r. do 31.07.2020 r.
5. W ramach programu każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki uczestnictwa włączenia do niego będzie mogła skorzystać z cyklu działań z zakresu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Wśród zaplanowanych interwencji znajdują się takie działania jak: zabiegi fizykalne, masaże, kinezyterapia, terapie manualne i techniki specjalne (grupa docelowa osoby w wieku 50-64 lat wśród mężczyzn oraz 50-59 lat wśród kobiet). Dodatkowo działania te będą uzupełnione edukacja zdrowotną.

§3.

Uczestnicy projektu

1. Uczestnikiem projektu może być osoba spełniająca łącznie następujące warunki:
   a) **Zajęcia z zakresu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego** będą skierowane do populacji 50 mieszkańców zamieszkujących gminę Miłki **w wieku aktywności zawodowej 50-59 lat wśród kobiet oraz 50-64 lat wśród mężczyzn;**
   b) **Działaniami edukacyjnymi** zostanie objęta grupa aktywnych zawodowo 90 osób zamieszkujących gminę Miłki **w wieku produkcyjnym 18-64 lata dla mężczyzn oraz 18-59 lat dla kobiet;**
   c) Osoba ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności:
      i. z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii,
      ii. z chorobami kręgosłupa,
      iii. chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien).
   d) Osoba niekorzystająca ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w Projekcie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych.
   e) Osoba, która w chwili przystąpienia do projektu w okresie ostatniego miesiąca nie zakończyła pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub nie korzystała z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ.
2. Do projektu zakwalifikowanych zostanie łącznie 90 Uczestników Projektu (30 K/60 M).
3. Uczestnik Projektu podpisuje listę obecności na każdy etapie udziału w Projekcie.
4. Uczestnik projektu ma prawo do:
   a) nieodpłatnego udziału w Projekcie,
   b) nieodpłatnej edukacji prozdrowotnej,
   c) nieodpłatnych badań diagnostycznych,
   d) bezpłatnych zajęć z aktywności ruchowej
   e) **zwrotu kosztów poniesionych przez uczestników na zapewnienie opieki nad dzieckiem do 7 roku życia lub osobą zależną** podczas uczestnictwa Uczestnika w projekcie tj. podczas spotkań w ramach procesu kwalifikacyjnego; podczas spotkań w ramach rehabilitacji medycznej oraz podczas zajęć z aktywności ruchowej:

      1) Wysokość dopłaty do kosztów opieki będzie odpowiadała faktycznie poniesionym wydatkom, do kwoty za godzinę **nie wyższej niż 20,00 zł brutto za godzinę.** Aby uzyskać dopłatę uczestnik będzie musiał przedstawić dokumenty: akt urodzenia dziecka albo dokument potwierdzający stan zdrowia osoby zależnej (np. orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności zapewnienia stałej opieki) oraz umowy i rachunki lub faktury VAT za pobyt osoby zależnej lub dziecka w placówce lub instytucji opiekuńcze, umowy cywilnoprawnej itd.

2) Refundacja przeznaczona jest dla maksymalnie 5 osób. W przypadku zgłoszenia się większej ilości osób z prośbą o refundację, Partner B – Fundacja Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich będzie udzielać refundacji uczestnikom o najniższych dochodach na jednego członka rodziny (weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika).

f) zwrotu kosztów dojazdu na: spotkania w ramach procesu kwalifikacyjnego, spotkania w ramach rehabilitacji medycznej oraz spotkań w ramach aktywności ruchowej.

1) Beneficjent przewidział refundację kosztów dojazdu dla uczestników z terenu gminy Miłki do Wydmin bądź Ełku i z powrotem (spotkania w ramach procesu kwalifikacyjnego - 50 osób, spotkania w ramach rehabilitacji medycznej – 50 osób oraz spotkań w ramach aktywności ruchowej – 50 osób) .

2) Wysokość refundacji do kosztów dojazdu na jednego uczestnika nie będzie wyższa nić cena biletu klasy II obowiązującego na terenie realizacji projektu. Refundacja będzie dokonywana na podstawie informacji od przewoźnika z podaną ceną biletu na danej trasie:

- trasa w obie strony Miłki-Wydminy nie więcej niż 20 zł brutto
- trasa w obie strony Ełk-Wydminy nie więcej niż 50 zł brutto

3) Warunkiem zwrotu kosztów dojazdów jest udokumentowanie kosztów przejazdu.

4) Zwrot kosztów dojazdu dotyczy tylko Uczestników projektu, których miejsce zamieszkania jest inne niż miejscowość, w których będą wykonywane programy zdrowotne.

5) Warunkiem niezbędnym dla możliwości zwrotu kosztów dojazdu jest potwierdzona obecność Uczestnika Projektu w dniu, za który ma zostać dokonany zwrot, potwierdzona własnoręcznym podpisem na Deklaracji uczestnictwa w projekcie.

5. Beneficjent zastrzega sobie prawo do zmniejszenia ww. refundowanych kwot dla Uczestników jeśli łączna kwota refundacji ww. kosztów dla Uczestników Projektu przekroczy kwotę zaplanowaną w budżecie Projektu.
6. Wzory wymaganych dokumentów dostępne są:
   a) na stronie internetowej Beneficjenta www.gminamilki.pl, w Referacie Rozwoju i Spraw Komunalnych Urzędu Gminy Miłki, ul. Mazurska 2, 11-513 Miłki pokój nr 101,
   b) na stronie internetowej Partnera - Fundacji Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich www.jeziora.com.pl oraz w Biurze Projektu - ul. Łuczańska 1 (I piętro), 11-500 Giżycko.

§4.
Zasady rekrutacji

1. Rekrutacja do projektu prowadzona jest przez Beneficjenta.

2. Rekrutacja rozpoczyna się z chwilą opublikowania Zarządzenia Wójta na stronie internetowej www.bip.milki.warmia.mazury.pl .
3. Rekrutacja odbywać się będzie w sposób ciągły do 30-04-2020 r.
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne o których mowa w ust. 13 należy składać w celu zarejestrowania w kolejce oczekujących w wersji papierowej osobiście lub listownie w:

a) w Referacie Rozwoju i Spraw Komunalnych Urzędu Gminy Miłki, ul. Mazurska 2, 11-513 Miłki, pokój nr 101, z dopiskiem „Rekrutacja – rehabilitacja medyczna"

b) Biurze Projektu - Fundacji Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich, ul. Łuczańska 1 (I piętro), 11-500 Giżycko z dopiskiem „Rekrutacja – rehabilitacja medyczna"

5. Terminem złożenia dokumentów i ich rejestracji w kolejce oczekujących jest data ich wpływu do Urzędu Gminy w Miłkach i Fundacji Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich.
6. Kryteria formalne udziału w projekcie do spełnienia:
   a) osoba wyraża świadomą zgodę na udział w "Programie Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców woj. warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2021 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu".
   b) osoba spełnia wymogi grupy docelowej (wiek, płeć, miejsce zamieszkania);
   c) nieodbywanie kary pozbawienia wolności;
   d) w chwili przystąpienia do projektu osoba nie jest objęta żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku ze schorzeniami kręgosłupa, finansowanym z NFZ, i nie bierze udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków UE
   e) w chwili przystąpienia do projektu osoba w okresie ostatniego miesiąca nie zakończyła pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub nie korzystała z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach konraktu z NFZ
   f) posiadanie przez osobę wady lub schorzenia kręgosłupa,
   g) osoba nie posiada medycznych przeciwskazań do uczestnictwa w dalszych interwencjach udzielanych w ramach projektu.
7. Rekrutacja prowadzona jest zgodnie z zasadą jawności i przejrzystości postępowania rekrutacyjnego.
8. Rekrutacja jest realizowana w sposób wolny od dyskryminacji ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę lub pochodzenie etniczne, wyznawaną religię lub światopogląd czy orientację seksualną. Powyższe czynniki nie wpływają na proces rekrutacji.
9. Przebieg procedury rekrutacji:
   a) Dostarczenie Formularza rekrutacyjnego wraz z deklaracją udziału w projekcie oraz spełniania warunków udziału w Projekcie (Załącznik nr 1) wraz wymaganymi oświadczeniami (załącznik nr 2 do Regulaminu) oraz Zgodą na udział w Programie (Załącznik nr 3) do Urzędu Gminy Miłki, ul. Mazurska 2,

11-513 Miłki (Referat Rozwoju i Spraw Komunalnych) osobiście lub pocztą/kurierem (liczy się data i godzina wpływu formularza do Urzędu).

b) Wstępna weryfikacja oraz ocena spełnienia warunków formalnych przez pracownika Beneficjenta oraz Partnera B
c) Kwalifikacja do edukacji prozdrowotnej lub badania diagnostyczne.
d) W przypadku złożenia niekompletnego formularza wraz załącznikami lub też dostarczenia formularza w sposób inny, niż wymagany, będą on odrzucone ze względu na niespełnienie wymaganych kryteriów formalnych.
e) Pacjenci, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani o projektu zostaną umieszczeni na liście rezerwowej.
f) W przypadku zgłoszenia większej liczy osób od zakładanej w projekcie, zostanie stworzona lista osób rezerwowych.
g) O wynikach rekrutacji Uczestnicy Projektu zostaną poinformowani drogą telefoniczną/ mailową/pocztą tradycyjną na numer telefonu/e-mail/ adres wskazany w Formularzu rekrutacyjnym.
h) Beneficjent zastrzega sobie prawo odrzucenia dokumentów rekrutacyjnych i zakwalifikowania następnej osoby zgodnie z listą rankingową w przypadku gdy dane teleadresowe (numer telefonu/e-mail/adres) są nieprawidłowe.

10. Rezygnację z udziału w projekcie należy zgłosić na adres e-mail Biura Projektu: milki.10.7@jeziora.com.pl co najmniej na pięć pełnych dni roboczych przed terminem spotkania w ramach projektu, pod rygorem rozpatrzenia zgłoszenia do następnego Projektu w ostatniej kolejności
11. Jeżeli osoba, która została zakwalifikowana do projektu, nie zgłosi się w wyznaczonym terminie na badania profilaktyczne, zostanie skreślona z listy uczestników.
12. Złożone przez kandydatów dokumenty nie podlegają zwrotowi.
13. Wykaz wymaganych dokumentów rekrutacyjnych:
    a) Formularz rekrutacyjny wraz deklaracją udziału w Projekcie oraz spełnienia warunków udziału w projekcie – Załącznik nr 1
    b) Oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków Publicznych (Załącznik 2)
    c) Oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 3)
    d) Świadoma zgoda na udział w *PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO –MAZURSKIE* (Załącznik nr 4)
14. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do:

a) zapoznania się z treścią niniejszego Regulaminu i poświadczenia tego faktu pod deklaracją uczestnictwa (Załącznik nr 1 do Regulaminu),

b) złożenia wypełnionego formularza rekrutacyjnego (Załącznik nr 1 do Regulaminu),
c) wypełnienia deklaracji spełniania warunków udziału w projekcie,
d) przestrzegania ogólnie przyjętych norm i zasad.

15. Od decyzji Beneficjenta w sprawach kwalifikowania Uczestników Projektu nie przysługują żadne środki odwoławcze.

§4.

Postanowienia końcowe

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień.
2. Wszelkie sprawy związane z interpretacją Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie rozstrzygane są przez Kierownika Projektu
6. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
7. Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – Formularz rekrutacyjny wraz deklaracją udziału w Projekcie oraz spełnienia warunków udziału w projekcie
2. Załącznik nr 2 – Oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków Publicznych
3. Załącznik nr 3 – Oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych
4. Załącznik nr 4 — Świadoma zgoda na udział w *PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO –MAZURSKIE*

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKÓW PROJEKTU

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

Tytuł projektu:	*„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki"*
Beneficjent:	Gmina Miłki, ul. Mazurska 2, 11-513 Miłki
Nr projektu	RPWM.10.07.00-28-0019/19

DANE OSOBOWE KANDYDATA

Imię (imiona)													
Nazwisko													
Nr PESEL												**Wiek w latach (ukończony)**	
Data urodzenia								**Miejsce urodzenia**					
Płeć	☐Kobieta ☐Mężczyzna							**Osoba niepełnosprawna*[1]**				☐Tak ☐Nie	
Telefon kontaktowy								**Adres e -mail**					
Wykształcenie	☐ Poziom ISCED 0- niższe niż podstawowe ☐ Poziom ISCED 1 – wykształcenie podstawowe ☐ Poziom ISCED 2 – wykształcenie gimnazjalne ☐ Poziom ISCED 3 – wykształcenie ponadgimnazjalne *(dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową)* ☐ Poziom ISCED 4 – wykształcenie policealne ☐ Poziom ISCED 5-8- wykształcenie wyższe												

ADRES ZAMIESZKANIA[2]

Ulica		**Nr domu**		**Nr lokalu**	

[1] **Osoby niepełnosprawne** w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Przynależność do grupy osób niepełnosprawnych określana jest w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie. W przypadku osób niepełnosprawnych – należy przedłożyć kopię dokumentu, potwierdzającego niepełnosprawność.

[2] **Adres zamieszkania** – oznacza miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z brzmieniem rozdziału II art. 25 Kodeksu Cywilnego)

Miejscowość		**Obszar**	☐ miejski ☐ wiejski
Kod pocztowy		**Poczta**	
Powiat		**Województwo**	

STATUS KNDYDATA/-KI UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba bezrobotna	☐ tak ☐ nie	Jestem osobą bierną zawodowo (tj. osobą która nie pracuje i aktywnie nie poszukuje pracy)
	☐ tak ☐ nie	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowana w Urzędzie Pracy[3]
	☐ tak ☐ nie	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy
	☐ tak ☐ nie	Osoba długotrwale bezrobotna[4]
Osoba bierna zawodowo	☐ tak ☐ nie	Osoba bierna zawodowo[5] (ucząca się)
	☐ tak ☐ nie	Osoba bierna zawodowo, ale nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[6]
Osoba zatrudniona	☐ tak ☐ nie	Osoba pracująca
	Nazwa i adres zakładu pracy lub prowadzone j działalności (jeśli dotyczy):	
	Wykonywany zawód	

DODATKOWE DANE			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	☐ tak	☐ nie	☐ odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak	☐ nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ tak	☐ nie	☐ odmawiam podania

[3] ***Bezrobotnym zarejestrowanym w Urzędzie Pracy*** *jest osoba niezatrudniona i niewykonująca innej pracy zarobkowej, co ważne, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy lub innej pracy zarobkowej. Bezrobotnym jest również osoba niepełnosprawna, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia, co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy.*

[4] *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).*

[5] ***Osoby bierne zawodowo*** *- część społeczeństwa, którą stanowią osoby w wieku powyżej 15 lat niepracujące i niebędące bezrobotnymi. Do biernych zawodowo zalicza się:*
- *uczniów pobierających naukę w trybie dziennym,*
- *osoby otrzymujące emeryturę, rentę, alimenty, stypendium, pomoc opieki społecznej,*
- *osoby odbywające karę pozbawienia wolności,*
- *osoby uzyskujące dochód m.in. z dzierżawy, wynajmu lokum, itp.,*
- *osoby przebywające na urlopie wychowawczym.*
- *osoby przebywające w domach opieki,*

[6] ***Osoba bierna zawodowo i nieucząca się*** *(np. emeryci, renciści, osoby otrzymujące pomoc opieki społecznej, osoby odbywające karę pozbawienia wolności, osoby przebywające w domach opieki, osoby przebywające na urlopie wychowawczym).*

			informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	☐ tak	☐ nie	☐ odmawiam podania informacji
(innej niż wymienione powyżej)*			
Data rozpoczęcia udziału w Projekcie DD-MM-RRRR [wypełnia pracownik Instytucji]			
Data rozpoczęcia udziału w Projekcie DD-MM-RRRR [wypełnia pracownik Instytucji]			

* dane wrażliwe

SZCZEGÓŁY WSPARCIA- wypełnić po zakończeniu uczestnictwa w projekcie		
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	☐ osoba kontynuuje zatrudnienie ☐ osoba nabyła zatrudnienie ☐ osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie ☐ osoba podjęła kształcenie lub szkolenie ☐ osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek ☐ osoba poszukująca pracy ☐ osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowania dziecka ☐ osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/wychowania dziecka ☐ osoba uzyskała kwalifikacje sytuacja w trakcie monitorowania ☐ inne	
Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM)	☐ projekt nie dotyczy inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych	
Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	☐ tak	☐ nie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

- zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki"* oraz akceptuję jego warunki,
- zapoznałam/-em się z zapisem w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki"* dotyczącym praw i obowiązków Uczestnika/-czki Projektu i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie, zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- zostałam/-em poinformowana/-y, że Projekt *„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki"* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej),
- zostałam/-em poinformowana/-y, że złożenie niniejszego Formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie,
- zostałam/-em poinformowana/-y, że w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie, mam obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych, prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, zgodnie z wymogami Projektu, jestem uprawniona/-y do uczestniczenia w nim i spełniam

warunki kwalifikowalności Uczestnika Projektu,

- zostałam/-em poinformowana/-y, że z chwilą przystąpienia do Projektu, każdy Uczestnik Projektu, będący osobą fizyczną, składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.). W przypadku Uczestnika Projektu nie posiadającego zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa jego Opiekun prawny.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Gminę Miłki na potrzeby rekrutacji.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.*

Miejscowość i data	*Czytelny podpis Kandydata*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji do udziału w projekcie „ Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki" zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.). Uprzedzona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

√.....	√.....
(miejscowość, data)	*(czytelny podpis uczestnika projektu)*

Jednocześnie oświadczam, że nie odbywam kary pozbawienia wolności.

√.....	√.....
(miejscowość, data)	*(czytelny podpis uczestnika projektu)*

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w Projekcie:

Zamieszkanie:

Jestem osobą fizyczną mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na terenie gminy Miłki:

☐ TAK

☐ NIE

(Właściwe proszę zaznaczyć X)

Wiek:

☐ jestem osobą powyżej 50 roku życia

☐ jestem osobą w wieku produkcyjnym 18-64 lata dla mężczyzn oraz 28-59 lat dla kobiet

Stan zdrowia:

☐ jestem osobą ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności:

- z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii,
- z chorobami kręgosłupa,
- chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien),

☐ jestem osobą **niekorzystającą ze świadczeń rehabilitacji medycznej** , jak oferowane w Projekcie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych

☐ jestem osobą, która w chwili przystąpienia do projektu w okresie ostatniego miesiąca **nie zakończyła pobytu** w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub nie korzystała z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ.

√..... .....
(miejscowość, data)

√..... .....
(czytelny podpis uczestnika projektu)

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

……

(imię i nazwisko)

……

(seria i numer dowodu osobistego)

……

(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału

w ramach projektu numer **RPWM.10.07.00-28-0019/19**
pn. Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki."

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020
OŚ PRIORYTETOWA 10. REGIONALNY RYNEK PRACY
DZIAŁANIE 10.7 AKTYWNE I ZDROWE STARZENIE SIĘ
TYP PROJEKTU: Opracowanie i/lub wdrożenie programów zdrowotnych z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej

√…… *(miejscowość, data)*

√…… *(czytelny podpis uczestnika projekt)*

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że w chwili przystąpienia do udziału w projekcie nie jestem/-am objęta/y żadnym innym programem terapeutyczno.-rehabilitacyjnym w związku ze schorzeniami kręgosłupa, finansowanym z NFZ, i nie biorę udziału w analogicznym programie u innego Beneficjenta, finansowanym ze środków Unii Europejskiej.

√.....

(miejscowość, data)

√.....

(czytelny podpis uczestnika projektu)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że w czasie ostatniego miesiąca nie zakończyłam/em pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacji lub nie korzystałam/em z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacji w ramach kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia

√.....

(miejscowość, data)

√.....

(czytelny podpis uczestnika projektu)

Załącznik **nr 3** do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU dotyczące przetwarzania danych osobowych

W związku z przystąpieniem przeze mnie do Projektu pn. **„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki"** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020" jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych" jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
    a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego

Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

d) Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki" w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania, Beneficjentowi realizującemu Projekt **„Rehabilitacja medyczna schorzeń kręgosłupa i narządów ruchu wśród mieszkańców Gminy Miłki" Gmina Miłki, ul. Mazurska 2, 11-513 Miłki** (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Fizjo-Medica" Usługi Rehabilitacyjne Janusz Kossowski z siedzibą w Ełku przy ul. Jana Pawła II 11 (Odział w Wydminach ul. Grunwaldzka 94) Fundacja Ochrony Wielkich Jezior Mazurskich ul. Łuczańska 1, 11-500 Giżycko.
(nazwa i adres ww. podmiotów)**.
7. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
8. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta **.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko- Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
10. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
11. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony DanychOsobowych.

12. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu / Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu***.
13. Po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)****.

.....	.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	*CZYTELNY PODPIS BENEFICJENTA/ PARTNERA BENEFICJENTA/ CZŁONKA PERSONELU PROJEKTU/UCZESTNIKA* *

---

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.
** Należy wykreślić w przypadku sporządzania oświadczenia przez Beneficjenta.
*** Brak oświadczenia Beneficjenta będącego osobą fizyczną powinien skutkować rozwiązaniem Umowy. Beneficjent winien uzyskać oświadczenie członka personelu Projektu dotyczące

przetwarzania jego danych osobowych. Niepotrzebne skreślić.
**** Dotyczy oświadczeń uczestników Projektów dla właściwych typów operacji. Należy wykreślić w przypadku sporządzenia Oświadczenia przez Beneficjenta.

Załącznik nr 4 do Regulaminu

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

Ja, niżej podpisany(a)

.....

oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r.).

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

(ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA