

DANE UCZESTNIKÓW INDYWIDUALNYCH

Projekt

FELD.08.04-IZ.00-0033/25

„Powrót do pełnej aktywności - rehabilitacja lecznicza w powiecie sieradzkim”

Kraj	POLSKA										
Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY										
Obywatelstwo											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Wiek w chwili przystępowania do projektu											
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)										
	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)										
	<input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub										

	inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)
Województwo	ŁÓDZKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail (jeżeli uczestnik projektu posiada)	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać właściwe)	<ul style="list-style-type: none"> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <p>(tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<ul style="list-style-type: none"> osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <p>(tj. osoba pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów</p>

	<p>odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<ul style="list-style-type: none">osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <p>(tj. osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<ul style="list-style-type: none">osoba bierna zawodowo <p>(osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca 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), uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowane już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>



- osoba bezrobotna

Tak Nie

- rolnik

Tak Nie

- osoba pracująca

Tak Nie

(dokładna nazwa i adres siedziby podmiotu
zatrudnienia):

.....
.....

w tym:

osoba prowadząca działalność na własny rachunek

osoba pracująca w administracji rządowej

osoba pracująca w administracji samorządowej (z
wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)

osoba pracująca w organizacji pozarządowej

osoba pracująca w MMŚP

osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

osoba pracująca w podmiocie wykonującym
działalność

lecniczą



	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)<input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym<input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym<input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki<input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej<input type="checkbox"/> inne
<p>Osoba obcego pochodzenia (osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

<p>Osoba z krajów trzecich (osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE lub bezpieczeństwa¹ zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowych i etnicznych, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba z niepełnosprawnościami (należy dołączyć orzeczenie)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia - kryteria obligatoryjne</p>	
<p>Oświadczam, że zamieszkuję w województwie łódzkim w powiecie sieradzkim w myśl KC (informacja z Faktur zapłaty, deklaracja PIT za ostatni rok podatkowy – pierwsza</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

¹ osoba, która nie jest uznawana za obywatela żadnego państwa w zakresie obowiązywania jego prawa

<p>strona z adresem zamieszkania wraz z potwierdzeniem złożenia lub wyciąg z urzędu skarbowego lub kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości lub umowa najmu lub pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata lub wydruk ze strony Platformy Usług Elektronicznych ZUS)</p>	
<p>Oświadczam, że posiadam status osoby pracującej/osoby bezrobotnej zarejestrowanej (umowy o pracę/zaświadczenie od pracodawcy/inne dokumenty poświadczające status osoby pracującej/ zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Zdiagnozowano u mnie chorobę (min.1) układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii: M15- M17, M19, M40, M41, M47-M50, M51, M53, M54, M70, M75- M77, M95 (dok. medyczna potwierdzająca diagnozę nie starsza niż 12 m-cy- wyniki badań/odpisy dok. Leczenia ambulatoryjnego/ karty informacyjne</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

leczenia szpitalnego/ zaświadczenie lekarskie)	
Mój stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym (dok. medyczna potwierdzająca diagnozę nie starsza niż 12 m-cy- wyniki badań/odpisy dok. leczenia ambulatoryjnego/ karty informacyjne leczenia szpitalnego/ zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę na udział w projekcie (oświadczenie Uczestnika Projektu- załącznik do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kryteria premiujące	
Oświadczam, że jestem osobą powracającą do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskich (powyżej 30 dni)/ osobą wracającą na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy (niezdolność do pracy związana z korzystaniem ze św. rehabilitacyjnego), (dok. dot. zwolnień lekarskich/ św. rehabilitacyjnych)	<input type="checkbox"/> Tak (20 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą w wieku powyżej 50 roku życia – 50+	<input type="checkbox"/> Tak (10 pkt) <input type="checkbox"/> Nie

Jestem kobietą		<input type="checkbox"/> Tak (5pkt)	<input type="checkbox"/> Nie
Ankieta szczególnych potrzeb			
<p>Czy ma Pan/Pani szczególne oczekiwania/potrzeby, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w usługach oferowanych w ramach projektu?</p>		<input type="checkbox"/> Nie posiadam szczególnych potrzeb <input type="checkbox"/> Posiadam szczególne potrzeby Proszę zaznaczyć właściwe <input type="checkbox"/> Pętla indukcyjna <input type="checkbox"/> Tłumacz migowy <input type="checkbox"/> Powiększony tekst <input type="checkbox"/> Podjazd <input type="checkbox"/> Inne Jeśli powyżej wybrano odpowiedź "inne", należy określić jakie?	
Oświadczenie – zgoda na przetwarzanie danych osobowych			
<p>Złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji projektu (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r., poz.1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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</p>		<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę	



w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).	
Sposób poinformowania o wynikach rekrutacji	
W jaki sposób poinformować Pana/Panią o wynikach rekrutacji	<input type="checkbox"/> Osobiście <input type="checkbox"/> Telefonicznie <input type="checkbox"/> Mailowo

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisana/y,

..... PESEL

deklaruję udział w projekcie „Powrót do pełnej aktywności - rehabilitacja lecznicza w powiecie sieradzkim” realizowanym przez "TRES-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla łódzkiego 2021-2027.

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym i niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
2. Dobrowolnie **wyrażam zgodę na udział w projekcie „Powrót do pełnej aktywności - rehabilitacja lecznicza w powiecie sieradzkim” realizowanym przez „TRES-MED” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ.**
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w ww. projekcie, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
4. Zostałem/am poinformowany/a, iż ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
6. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału), zgodnie z zakresem danych określonych w wytycznych dot. monitorowania (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).
7. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Projektodawcy o wszelkich zmianach danych osobowych oraz teleadresowych.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu

Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
 - ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
 - ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie, status uczestnika (przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność), dane dotyczące zdrowia (w zależności od projektu)

6. Źródłem Pani/Pana danych jest: Beneficjent.

7. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
- podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027.

8. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ FEŁ2027 dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej przedsiębiorcom Beneficjent zobowiązuje się przechowywać przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile Projekt dotyczy pomocy publicznej.

9. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

- sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
- usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
- przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany ;
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa

.....

(data i podpis uczestnika)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU

Ja niżej podpisana/y,

..... PESEL

na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 2509) wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu „Powrót do pełnej aktywności - rehabilitacja lecznicza w powiecie sieradzkim” realizowanego przez "TRES-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez ww. podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem strony internetowej Beneficjenta oraz w serwisach społecznościowych Beneficjenta i OWP, wyłącznie w celu promocji projektu „Powrót do pełnej aktywności - rehabilitacja lecznicza w powiecie sieradzkim” o nr: FELD.08.04-IZ.00-0033/25. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Uczestnika Projektu