

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU

„Program rehabilitacji oddechowej post-COVID dla mieszkańców powiatu m. Zielona Góra oraz zielonogórskiego po przebytej chorobie Covid-19”

Wypełnia przyjmujący formularz:

DATA ZAŁOŻENIA	
GODZINA ZŁOŻENIA	

Dane ogólne:														
Nazwisko														
Imię/imiona														
Pesel														
Adres zamieszkania:														
Województwo				Powiat					Gmina					
Miejscowość					Kod				-			Poczta		
Ulica								Nr domu			Nr lokalu			
Nr telefonu					Adres e-mail									
Adres korespondencyjny jeśli inny niż zamieszkania:														

Zaznaczyć, wpisując X w odpowiedniej kratce

Wykształcenie:					
☐ Brak /brak formalnego wykształcenia/	☐ Podstawowe /kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej/	☐ Gimnazjalne /kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej/	☐ Ponadgimnazjalne /kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)/	☐ Policealne /kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym/	☐ Wyższe /pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym

Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY BEZROBOTNE

Uwaga! Po zaznaczeniu statusu prosimy o sprawdzenie czy jesteś osobą długotrwale bezrobotną, jeżeli nie zaznacz odpowiedź „inne”.

Definicja Osoby długotrwale bezrobotnej – 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).

Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ☐ inne	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ☐ inne
--	---

WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY BIERNE ZAWODOWO

Poniższą tabelę wypełniają osoby:

- które są osobami pracującymi ale przebywają na urlopie wychowawczym, w takim przypadku proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo” w tym: „inne”. Chyba, że jesteś osobą zarejestrowaną jako bezrobotna, wówczas zgodnie z definicją należy wypełnić część I formularza dla osób bezrobotnych.
- które mają zawieszoną działalność gospodarczą, nie przebywają na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim lub wychowawczym. W takim przypadku proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo”, w tym: „inne”.
- uczące się czyli osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna, ale uczestnicząca w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym rozumiane jest jako kształcenie w systemie szkolnym na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych, jak również kształcenie na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym. W takim przypadku proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo” w tym: „osoba ucząca się”.
- nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu czyli osoby, które nie pracują i nie są bezrobotne np. osoby przebywające na zasiłku emerytalnym, które nie uczą się ani nie szkolą. W takiej sytuacji proszę o zaznaczenie „osoba bierna zawodowo” w tym: „osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu”

☐ osoba bierna zawodowo, w tym:		
☐ inne	☐ osoba ucząca się	☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY PRACUJĄCE						
☐ Osoba pracująca w administracji rządowej	☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej	☐ inne	☐ Osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód		☐ inny ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik				
Miejsce zatrudnienia (dokładna nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia)						

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 informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmawiam podania informacji

Pierwszeństwo w rekrutacji:		
Jestem osobą leczoną na oddziałach intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii.	☐ Tak	☐ Nie

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić (tłumacz języka migowego, pomoc asystenta, powiększony tekst dokumentacji, inne - podać jakie).

OŚWIADCZENIA

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o wszelkich zmianach zaistniałych w moich danych osobowych.
- Zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Program rehabilitacji oddechowej post-COVID dla mieszkańców powiatu m. Zielona Góra oraz zielonogórskiego po przebytej chorobie Covid-1” oraz akceptuję zawarte w nim warunki.
- Oświadczam, iż zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na obszarze powiatu m. Zielona Góra lub zielonogórskiego.
- Oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią, w wieku aktywności zawodowej, która zalicza się do grupy osób pracujących lub grupy osób pozostających bez zatrudnienia lecz gotową i chętną do podjęcia zatrudnienia.**
- Oświadczam, iż jestem po przejściu COVID-19 (posiadam wpis w dokumentacji medycznej rozpoznania U07.1 lub U07.2 nie więcej niż 12 miesięcy), u której powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły.
- Oświadczam, że nie korzystałem/am z rehabilitacji dla osób po przejściu Covid-19 finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
- Wyrażam zgodę i chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Program rehabilitacji oddechowej post-COVID dla mieszkańców powiatu m. Zielona Góra oraz zielonogórskiego po przebytej chorobie Covid-1”

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja, niżej podpisany/a deklaruję:

1. Uczestnictwo w Projekcie „Program rehabilitacji oddechowej post-COVID dla mieszkańców powiatu m. Zielona Góra oraz zielonogórskiego po przebytej chorobie Covid-19” realizowanym przez Zgromadzenie Zakład Rehabilitacyjny "Elżbietanki" w Zielonej Górze, pl. Powstańców Wielkopolskich 4, po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji.
2. Udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji Projektu.
3. Czynny udział w formach wsparcia wynikających z Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
4. Pełne zaangażowanie w samodzielnie wykonywanie ćwiczeń z rehabilitacji oddechowej w domu (raz dziennie, min. 10 min.). Ponadto zobowiązuje się do codziennego uzupełniania dziennika aktywności (DzA).
5. W przypadku podjęcia/kontynuowania pracy lub założenia własnej działalności gospodarczej w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie, zobowiązuję się do dostarczenia do Biura Projektu informacji w zakresie swojego statusu na rynku pracy w jednej z niżej wymienionych form:
 - ✓ w przypadku osób, które przystąpiły do Projektu jako osoby pracujące - zaświadczenie o zatrudnieniu z zakładu pracy lub wyciąg z CEiDG;
 - ✓ w przypadku osób, które przystąpiły do Projektu jako osoby bezrobotne/bierne zawodowo do pracy wyciąg z CDiDG lub umowa o pracę/zaświadczenie o zatrudnieniu.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika