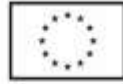




Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Regulaminu

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach Projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0010/25 pn.

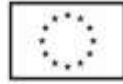
**„Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym  
Sp. z o.o.”**

Data ..... godzina ..... minuta..... sekunda .....  
wpływu Formularza do Biura Projektu podpis .....  
Numer ewidencyjny ..... (*wypełnia Beneficjent*)

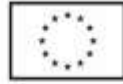
### Instrukcja dotycząca wypełnienia i składania formularza:

1. Formularz należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie).
2. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
3. Braki w formularzu będzie można poprawić tylko raz po uprzednim wezwaniu do uzupełnienia.
4. Formularz należy czytelnie podpisać w wyznaczonym miejscu.
5. Wypełniony formularz wraz z załącznikami można składać:
  - a) osobiście w Biurze Projektu – codziennie w godzinach od 8.00 – 15.00;  
Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o., ul. Królewska 29,  
98-220 Zduńska Wola, budynek 13, II piętro, Dział Fizjoterapii;
  - b) za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kurierem na adres Biura Projektu  
(uwaga: liczy się data wpływu Formularza);
  - c) elektronicznie za pośrednictwem systemu e-Doręczeń.

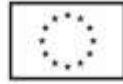
I	DANE PERSONALNE	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Wiek	
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna



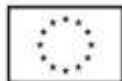
6.	Wykształcenie:	
	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)	
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)	
	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
<b>II</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
7.	Ulica	
8.	Nr domu	
9.	Nr lokalu	
10.	Kod pocztowy	
11.	Miejscowość	
12.	Gmina	
13.	Powiat	
14.	Województwo	
<b>III</b>	<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
15.	Telefon	
16.	Adres e-mail	
<b>IV</b>	<b>ADRES DO KORESPONDECJI (należy wypełnić jedynie, gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej)</b>	
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, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> </ul> <p>2) <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana jako bezrobotna w powiatowym urzędzie pracy, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze wsparcia instytucji rynku pracy w zakresie aktywizacji zawodowej</li> </ul>
23.	Status w chwili przystąpienia do projektu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami</li> <li>2) <input type="checkbox"/> obywatel państwa trzeciego</li> <li>3) <input type="checkbox"/> osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</li> <li>4) <input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)</li> <li>5) <input type="checkbox"/> osoba obcego pochodzenia</li> </ol>



VI	<b>OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI I PRZYSTĄPIENIU DO PROJEKTU</b>	
<p>Ja niżej podpisany/na deklaruję zgodę na przystąpienie do udziału w Projekcie pn. „Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.” realizowanym przez Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o., ul. Królewska 29, 98-220 Zduńska Wola, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 i oświadczam, że spełniam poniższe kryteria udziału w Projekcie:</p>		
<b>1. KRYTERIA FORMALNE</b>		
<p><b>Miejsce zamieszkania</b> na terenie województwa łódzkiego: powiat zduńskowolski, sieradzki, łaski lub poddębicki (<i>Uwaga: na potwierdzenie należy dołączyć pierwszą stronę deklaracji PIT lub inny dokument wskazany w Regulaminie Projektu</i>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Status</b> osoby pracującej albo bezrobotnej zarejestrowanej (<i>Uwaga: należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające status osoby pracującej, zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej zarejestrowanej lub inny dokument wskazany w Regulaminie Pojektu</i>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p><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 (<i>Uwaga: w celu potwierdzenia podczas I porady rehabilitacyjnej należy dostarczyć dokumentację medyczną, o której mowa w Regulaminie Projektu poświadczającą powyższe, nie starszą niż 12 miesięcy</i>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Stan zdrowia</b> - umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Zgoda</b> na udział w Programie</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p><b>Niekorzystanie</b> w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych (<i>Uwaga: w celu potwierdzenia należy wypełnić załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu i załączyć stosowne dokumenty</i>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



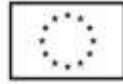
2. KRYTERIA DODATKOWE (PREMIUJĄCE)	
osoba w wieku 50 lat lub więcej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba powracająca do pracy po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (powyżej 30 dni) / ponownie wracająca na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba wykonująca pracę siedzącą lub pracę związaną z wykonywaniem powtarzalnych, jednostajnych ruchów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>VII</b>	<b>SZCZEGÓLNE POTRZEBY</b>
jestem osobą ze szczególnymi potrzebami <sup>1</sup> (w tym m.in. zamieszkującą obszar wiejski lub słabo zaludniony) dla której dojazd do miejsca realizacji Projektu stanowi barierę udziału w Projekcie i wnioskuję o sfinansowanie kosztów związanych z zapewnieniem dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
jestem osobą opiekującą się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i wnioskuję o sfinansowanie kosztów związanych z zapewnieniem opieki nad osobą, którą się opiekuję w czasie korzystania przeze mnie ze wsparcia ( <i>Uwaga: należy załączyć do dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad taką osobą</i> )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
mam inne szczególne potrzeby wynikające ze stanu zdrowia/sytuacji osobistej/innej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę wymienić jakie:	

<sup>1</sup> W rozumieniu Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

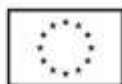
Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:**

- Wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej, w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Projektu, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i akceptuję zawarte w nim warunki.
- Zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w Projekcie do przekazania Beneficjentowi danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy (potwierdzających podjęcie lub kontynuowanie zatrudnienia) – zgodnie z postanowieniami Regulaminu Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „*Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o.*” FELD.08.04-IZ.00-0010/25 jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
- Jestem świadomy/a, iż złożenie niniejszego Formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

.....  
data i czytelny podpis



## **Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu (Instytucja Zarządzająca)**

### **Administrator danych:**

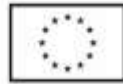
Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, kontakt do Inspektora Ochrony Danych e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl).

### **Źródło danych:**

Instytucje i podmioty zaangażowane w realizację Programu, w tym w szczególności Beneficjent. Przetwarzane dane to w szczególności: Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, 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.

### **Cel i podstawa prawna przetwarzania:**

- 1) rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 - art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (w zależności od projektu) 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;
- 2) archiwizacja dokumentów - art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.



### **Kategoriemi odbiorców danych:**

Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, Minister właściwy ds. finansów publicznych, podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, dostawcy usług IT i operatorzy telekomunikacyjni, pocztowi, firmy kurierskie, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa – na ich żądanie.

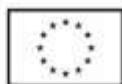
**Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego** może przetwarzać dane osobowe zgromadzone w związku z realizacją projektu wykonując zadania związane z koordynacją realizacji programów. Dane kontaktowe Administratora i IOD: ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: IOD@mfipr.gov.pl.

Pełną informację o zasadach przetwarzania danych zawiera dokument Ogólne zasady przetwarzania danych osobowych w ramach Funduszy Europejskich 2021-2027 dostępny na stronie [www.funduszeuropejskie.gov.pl](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl) w zakładce „O funduszach” części zatytułowanej „Przetwarzanie danych osobowych”.

**Okres przechowywania:** dane będą przechowywane 10 lat od zakończenia sprawy Beneficjenta, licząc w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty jej zakończenia, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może zostać przedłużony.

### **Przysługujące prawa:**

- 1) dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania a na czas poprawiania danych prawo żądania do ograniczenia przetwarzania,
- 2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie <https://uodo.gov.pl/>), w przypadku przetwarzania danych niezgodnie z przepisami prawa.



## **Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu (Beneficjent)**

### **Administrator danych:**

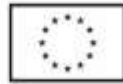
Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o., ul. Królewska 29, 98-220 Zduńska Wola, tel. 43 824 41 47, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iodo@szpital-zdwola.info](mailto:iodo@szpital-zdwola.info)

### **Źródło danych:**

Osoby, których dane dotyczą oraz podmioty zaangażowane w realizację Programu. Przetwarzane dane to w szczególności: Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na rynku pracy, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, 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.

### **Cel i podstawa prawna przetwarzania:**

- 1) rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 - art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO (w zależności od projektu) 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;
- 2) archiwizacja dokumentów - art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.



### **Kategoriemi odbiorców danych:**

Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, Minister właściwy ds. finansów publicznych, podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, dostawcy usług IT i operatorzy telekomunikacyjni, pocztowi, firmy kurierskie, podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa – na ich żądanie.

**Okres przechowywania:** dane będą przechowywane 10 lat od zakończenia sprawy Beneficjenta, licząc w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty jej zakończenia, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może zostać przedłużony.

### **Przysługujące prawa:**

- 1) dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania a na czas poprawiania danych prawo żądania do ograniczenia przetwarzania,
- 2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie <https://uodo.gov.pl/>), w przypadku przetwarzania danych niezgodnie z przepisami prawa.

Zapoznałem/łam się z klauzulami RODO .....

podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki