



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Karta oceny Formularza zgłoszeniowego

do projektu „Rehabilitacja medyczna w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym”

FELD.08.04-IZ.00-0023/24

Imię i nazwisko Kandydatki / Kandydata:

PESEL:.....

Data godzina minuta..... sekunda

wpływu Formularza zgłoszeniowego.

Numer ewidencyjny

A. Ocena formalna i ocena przynależności do grup docelowych projektu

Nr	Kryterium	Spełnia	Nie spełnia
1	Osoba zamieszkującą w województwie łódzkim w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego		
2	Osoba ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej		
	Przedstawiono dokumentację medyczną potwierdzającą ww. diagnozę		
3	Osoba pracująca lub bezrobotna zarejestrowana.		
4	Stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym		
5	Osoba nie korzystała w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń takich jak zaplanowane w projekcie finansowane z innych środków publicznych w tym NFZ		
6	Wyraża chęć uczestnictwa w projekcie pn. „ <i>Rehabilitacja medyczna w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym</i> ”		

B. Ocena punktowa

Nr	Kryterium	Informacja o spełnieniu	Skala	Przyznane punkty
1	Osoba w wieku 50+	<input type="checkbox"/> tak	5 pkt	



		<input type="checkbox"/> nie		
2	Osoba powracająca do pracy po długotrwałych zwolnieniach lekarskich (powyżej 30 dni).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	10 pkt	
3	Osoba ponownie wracająca na rynek pracy po długotrwałej niezdolności do pracy (niezdolność do pracy związana z korzystaniem ze świadczenia rehabilitacyjnego).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	10 pkt	
			RAZEM	

C. inne

Nr	Kryterium	Informacja o spełnieniu	Wsparcie przyznano: TAKNIE
1	Osoba ze szczególnymi potrzebami (w tym m.in. zamieszkująca obszar wiejski lub słabo zaludniony) dla której dojazd do miejsca realizacji projektu stanowi barierę udziału w Projekcie wnioskująca o przyznanie finansowania kosztów związanych z zapewnieniem dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem.	TAK	
		NIE	
2	Osoba opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wnioskując o przyznanie wsparcia w zakresie sfinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki nad osobą, którą się opiekują (potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)	TAK	
		NIE	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Sporządził:

Zatwierdził: