Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja regionalnego programu rehabilitacji oddechowej jako drogi powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022 przez EMC Silesia.”

**Deklaracja uczestnictwa w Projekcie [Pacjent]**

Ja ……………………………............................................……………………………………………….………………………………………....niżej podpisany, deklaruję chęć udziału w Projekcie „Realizacja regionalnego programu rehabilitacji oddechowej jako drogi powrotu do aktywności zawodowej i społecznej na lata 2019-2022 przez EMC Silesia.” i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Nazwisko |   |
| Imię (Imiona) |   |
| Płeć (K/M) |   |
| Data urodzenia |   |
| Miejsce urodzenia(miejscowość, województwo) |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** |
| Województwo |   |
| Kod pocztowy, Miejscowość |   |
| Obszar | [ ]  Obszar miejski [ ]  Obszar wiejski |
| Powiat |  |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |   |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)** |
| **Wykształcenie** |  [ ]  Niższe niż podstawowe [ ]  Podstawowe [ ]  Gimnazjalne [ ]  Ponadgimnazjalne [ ]  Policealne [ ]  Wyższe |
| **Inne** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia [ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmowa podania informacjiOsoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań [ ]  tak [ ]  nie Osoba z niepełnosprawnościami [ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmowa podania informacjiOsoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących[ ]  tak (w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu [ ]  tak [ ]  nie) [ ]  nieOsoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu [ ]  tak [ ]  nieOsoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmowa podania informacjiOsoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy: [ ]  tak ([ ]  w tym osoba długotrwale bezrobotna) [ ]  nie Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy: [ ]  tak ( [ ]  w tym osoba długotrwale bezrobotna) [ ]  nieOsoba bierna zawodowo: [ ]  tak (w tym: [ ]  osoba ucząca lub kształcąca się [ ]  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu [ ]  inne) [ ]  nieOsoba pracująca [ ]  tak, w tym:  [ ]  rolnik [ ]  osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek)  [ ]  osoba zatrudniona w administracji samorządowej [ ]  osoba zatrudniona w administracji rządowej [ ]  osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej [ ]  osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie  (2-49 pracowników) [ ]  osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników) [ ]  inne, jakie? …………………………………………………………………………[ ]  nieWykonywany zawód, w tym:  [ ]  rolnik [ ]  instruktor praktycznej nauki zawodu [ ]  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej [ ]  nauczyciel kształcenia ogólnego [ ]  nauczyciel kształcenia zawodowego [ ]  nauczyciel wychowania przedszkolnego [ ]  pracownik instytucji rynku pracy [ ]  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia [ ]  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej [ ]  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego [ ]  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej [ ]  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej [ ]  inny [ ]  zatrudniony w ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa i adres instytucji) |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W PROJEKCIE** |
| 1. Oświadczam, że korzystałem/-łam**\*** / nie korzystałem/-łam**\*** ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu jednostek chorobowych:
	1. J44 - Inna przewlekła zaporowa choroba płuc
	2. J45 - Dychawica oskrzelowa
	3. J46 - Stan astmatyczny

w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu.1. Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości\*/ nie przyjmuję do wiadomości\*, że mogę zostać zdyskwalifikowany do udziału w projekcie w przypadku stwierdzenia przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym przez lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udzielających świadczeń w projekcie.

**\*niewłaściwe skreślić** |
| **WSKAZANIE CZŁONKA RODZINY UCZESTNICZACEGO W PROJEKCIE** |
| Oświadczam, że pozostaję z ………………………………………………………………………………………………………... (imię i nazwisko) w relacji więzów rodzinnych i wskazuję ww. osobę jako „Uczestnika projektu- członka rodziny”. |
| **DEKLARACJA DOT. KONTYNUACJI ZATRUDNIENIA / GOTOWOŚCI DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA** |
| Po zakończeniu udziału w projekcie deklaruję kontynuacją zatrudnienia\* / gotowość do podjęcia zatrudnienia\* oraz potwierdzenia tego faktu w formie odpowiednio zaświadczenia / oświadczenia w momencie zakończeniu udziału w Projekcie. |
| **WYBÓR GRUPY WSPARCIA** |
| Deklaruję chęć udziału w Grupie Wsparcia dla osób [ ] palaczy. |

**OŚWIADCZENIA**

**Ja niżej podpisany/-a** ................................................................................................................
(imię i nazwisko)

**Pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą:**

* Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu
i akceptuję ich warunki (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa
w projekcie.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu
i ewaluacji projektu.
* Wyrażam nieodpłatną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku wyłącznie w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |