

Regulamin rekrutacji do projektu nr. R04.00, 30.06.2022

Pt. „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” przez PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak spółka jawna w Łodzi, ul. Stefana 2, Nr RPLD.10.03.01-10-A016/19-00 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

§1

Postanowienia ogólne

- 1) Niniejszy Regulamin określa proces rekrutacji do projektu „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” przez PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak spółka jawna w Łodzi, ul. Stefana 2 Nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020.
- 2) Projekt realizowany jest w okresie 2019.11.01 r. – 2022.11.30 r.

§ 2

Definicje

1. Regulamin – oznacza to Regulamin Projektu „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”;
2. Program/ Projekt – oznacza to projekt „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”;
3. Uczestnik – należy przez to rozumieć osobę, która korzysta ze świadczeń w Projekcie.

§3

Informacje ogólne

Wsparcie w ramach Projektu dotyczy ułatwienia Uczestnikom Programu (osobom będącym w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym) z terenu województwa łódzkiego, w szczególności miasta Łodzi i powiatu wieluńskiego, powrotu do sprawności poprzez rehabilitację oraz tak, aby mogli podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w okresie 2019.11.01 r. – 2022.11.30 r. Realizacja tego celu odbywać się będzie poprzez wdrożenie kompleksowego programu „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie

na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”.

§4

Uczestnicy projektu (Beneficjenci Ostateczni)

Grupą Docelową (GD) są osoby w wieku aktywności zawodowej, które spełniają warunki uczestnictwa w wybranym regionalnym programie zdrowotnym „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”.

GD spełnia kryteria określone w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Projekt jest skierowany do GD z obszaru województwa łódzkiego, w szczególności miasta Łodzi i powiatu wieluńskiego (w przypadku os. fiz. uczą się, pracują lub zamieszkują na obszarze woj. Łódzkiego). Będzie to 108 osób, w tym 60 kobiet i 48 mężczyzn, w wieku aktywności zawodowej (osoba w wieku 15 lat i więcej, osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem), które są w trakcie lub po leczeniu onkologicznym. Co najmniej 20% uczestników programu zawiera się w wieku 50 lat i więcej. Obszar realizacji projektu obejmuje województwo łódzkie, w szczególności miasto Łódź i powiat wieluński.

§5

Proces rekrutacji

1. Rekrutacja będzie prowadzona w sposób bezstronny, z poszanowaniem zasady równości szans. Podczas rekrutacji zapewniony będzie równy dostęp do informacji o Projekcie oraz możliwość zgłoszenia udziału w nim osobom z różnymi niepełnosprawnościami.
2. Rekrutacja do projektu będzie prowadzona w sposób ciągły.
3. Za proces rekrutacji odpowiedzialny jest Koordynator Projektu.
4. Zgłoszenia przyjmowane będą do wyczerpania miejsc.
5. Włączenia do Projektu można dokonać za pomocą dwóch ścieżek:
 - a) Skierowania od lekarza prowadzącego i innych zgodnych z RPZ Zał.R2.0.

Lekarz przeprowadza weryfikację medyczną, oceniając szanse na powrót do zdrowia/ aktywności zawodowej w wyniku interwencji:

- fizycznych,
- psychicznych,
- psychofizycznych.

Każdy z ww. aspektów ocenia w skali od 0 do 10, a jeśli suma pkt. Jest większa, bądź równa 12 lekarz wystawia Zalecenie do programu Zał.R2.0.

Następnie pacjent jest poddany weryfikacji w Biurze i wypełnia niezbędne dokumenty potwierdzające, że uczy się, pracuje lub zamieszkuje na terenie woj. łódzkiego oraz jest gotowy podjąć aktywność w ramach Projektu. Bada się również sytuację na rynku pracy, przyznając pkt. Od 0 do 6, gdzie: 0 – to dyskwalifikacja w wyniku trwałej niezdolności do pracy, 1 – rencista z częściową niezdolnością do

pracy, 2 – emeryt, 3 – bierny zawodowo, 4 – bezrobotny, 5 – zatrudniony, ale na L4, 6 – pracujący Zał.R2.1.

W Biurze podsumowana jest dokumentacja z uwzględnieniem po +1 pkt kolejno za status OzN i za wiek 50+, a jej wynikiem jest otrzymanie Protokołu Kwalifikacyjnego do Programu Zał.R2.2. Otrzymanie łącznie 18 pkt. pozwala na włączenie do Programu i otrzymanie 1-szej Porady Rehabilitacyjnej.

- b) Samodzielnego zgłoszenia się do Programu w Biurze Projektu mieszczącego się w PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak, spółka jawna ul. Stefana 2, 91-463 Łódź.

Po zgłoszeniu się do Biura, potencjalny Uczestnik jest poddawany weryfikacji jw., podpisuje oświadczenia, deklaracje, a następnie jeśli spełnia warunki jest kierowany na Lekarską Poradę Onkologiczną (LPO) w ramach Projektu. W trakcie Konsultacji zostaje poddany weryfikacji medycznej jw. W przypadku wątpliwości, onkolog zleca dodatkowe badania (USG Doppler) lub konsultację specjalistyczną. Wizyta kończy się otrzymaniem Skierowania, po czym Biuro podsumowuje zebraną dokumentację jw.

6. Dokumentacja rekrutacyjna składa się z:

- a) Ankiety Pacjenta Zał.R2.3;
- b) Klauzula Informacyjna Dotycząca Gromadzenia i Przetwarzania Danych Osobowych Zał.R2.4;
- c) Oświadczenie Uczestnika Programu Zał.R2.5;
- d) Deklaracja Uczestnika Projektu Zał.R2.6;
- e) Ankieta Wstępnej Kwalifikacji w związku z pandemią COVID-19 Zał.R2.7;
- f) Zalecenie udziału w ramach projektu Zał.R2.0;
- g) Protokołu Kwalifikacyjnego do Programu Zał.R2.2.

7. W przypadku uchybień formalnych wymagań rekrutacji kandydat może zostać poproszony drogą mailową lub telefoniczną bądź pisemnie o uzupełnienie braków w dokumentacji. W przypadku nie uzupełnienia braków w dokumentacji w ciągu 5 dni roboczych kandydat może zostać skreślony z listy uczestników Projektu.

8. Formularz rekrutacyjny oraz pozostałe załączniki do regulaminu rekrutacji dostępne są w Biurze Projektu, który mieści się w siedzibie Placówki: PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak, spółka jawna, ul. Stefana 2, 91-463 Łódź.

9. Ocena uczestników kwalifikowanych do projektu przeprowadzana będzie na podstawie dokumentacji rekrutacyjnej wypełnionej przez kandydata, a jej wynikiem będzie otrzymanie Protokołu Kwalifikacyjnego do Programu Zał.R2.2.

10. Warunkiem uczestnictwa w projekcie jest spełnianie kryteriów Programu. O objęciu wsparciem w ramach Programu decydują względy i wskazania medyczne. Kwalifikację uczestników do programu dokona zespół złożony z lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii w razie potrzeby pogłębienia konsultacji, zlecone zostanie badanie USG Doppler i/lub dodatkowe konsultacje ze specjalistami (np. z chirurgiem naczyniowym, neurologiem, ortopedą) oraz lekarza rehabilitanta. Zespół dokonuje kwalifikacji na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej.

Kryteria dostępu do udziału w Programie:

Do Programu mogą zostać zakwalifikowane osoby, które:

- są w trakcie lub po radykalnym leczeniu onkologicznym;

- nie posiadają oświadczenia dokumentującego o trwałej niezdolności do pracy;
- są mieszkańcami woj. łódzkiego.

Kierowana osoba powinna dysponować dokumentacją medyczną pozwalającą zespołowi kwalifikującemu do programu na określenie jednostki chorobowej.

Dokumentacja może zawierać m.in.:

- wyniki badań obrazowych (RTG, TK, MR, USG);
- odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego;
- karty informacyjne leczenia szpitalnego;

Skompletowanie dokumentacji medycznej potwierdzającej leczenie choroby nowotworowej leży po stronie Uczestnika Projektu.

11. Kryteria punktacji:

Kryteria dodatkowe:

Kandydatom zostaną przyznane dodatkowe punkty:

- dla osób z niepełnosprawnościami,
- dla osób w wieku 50+.

13. Warunkiem uczestnictwa w Programie jest także złożenie pisemnego oświadczenia, że w chwili przystąpienia do Programu uczestnik nie jest objęty żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku z trwającym/przebyłym leczeniem onkologicznym w ramach środków publicznych, jak również nie bierze udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta.

§6

Skład Komisji Rekrutacyjnej

Komisja Rekrutacyjna składa się z:

1. Kierownika Projektu,
2. Koordynatora Projektu,
3. Pracownik Biura Projektu

§7

Zadania Komisji Rekrutacyjnej

1. Przygotowanie ogłoszenia o terminie rekrutacji i niniejszego Regulaminu.
2. Wyjaśnienie uczestnikom zasad określonych w niniejszym Regulaminie.
3. Zatwierdzenie listy uczestników, które wezmą udział w Projekcie.
4. Podejmowanie decyzji o przyjęciu do projektu.

§8

Postanowienia końcowe

1. Osoby zakwalifikowane do Projektu, opuszczające zajęcia lub uczestniczące w zajęciach nieregularnie mogą zostać usunięte z listy uczestników Projektu. W przypadku absencji na zajęciach, uczestnik Programu zobowiązany jest dostarczyć zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy lub zaświadczenie lekarskie

- o pozostawaniu w leczeniu, co uniemożliwia mu aktualnie uczestniczenie w zajęciach Programu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2022 r. i może ulec zmianie, w sytuacji zmiany wytycznych lub dokumentów programowych.
 3. Wszelkie uwagi i zgłoszenia naruszenia niniejszego Regulaminu należy przekazać Koordynatorowi Projektu.

Łódź, dn. 30.06.2022 r.

Załącznik R2.0

**Zalecenie udziału w ramach projektu nr RPLD.10.03.01-10-A016/19-00
„PO MOC W REHABILITACJI”**

Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego
Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego”

**Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.**

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:											
adres:	Data urodzenia:	Wiek:	Płeć: K - M									

Kwalifikacja do udziału w Programie w związku z trwającym/przebyłym* leczeniem nowotworu
złośliwego (wg ICD 10)

data	pieczęćka i podpis lekarza
-------------	-----------------------------------

Ocena szans na powrót do aktywności zawodowej/kontynuowania aktywności zawodowej w wyniku udziału w Programie pod względem czynników:

1. FIZYCZNYCH (maks. 3 cykle fizjoterapii ambulatoryjnej, terapia logopedyczna)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2. PSYCHICZNYCH (konsultacje psychologiczne/seksuologa, psychoterapia indywidualna/grupowa)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3. PSYCHOFIZYCZNYCH (konsultacje dietetyczne, aktywność fizyczna)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Pacjent spełnia kryteria obligatoryjne (min. 12 pkt.): TAK / NIE **RAZEM pkt.**

data	pieczętka i podpis lekarza
-------------	-----------------------------------

Załącznik R2.1

ANKIETA PACJENTA w ramach projektu nr RPLD.10.03.01-10-A016/19-00

„PO MOC W REHABILITACJI”

Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego
Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego”
Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

nazwisko i imię:		Nr PESEL:			
adres zamieszkania:		data ur.:	Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)	pleć: K / M	
adres e-mail: <hr/>		telefon kontaktowy:			
Wykształcenie <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	Kraj:	Województwo:	Powiat:		
	Gmina:	Miejscowość:	Kod pocztowy:		
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU					
<input type="checkbox"/> trwała niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> rencista z częściową zdolnością do pracy	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> bierny zawodo wo ¹	<input type="checkbox"/> bezrobotny ²	<input type="checkbox"/> zatrudniony, na L4, od dnia
Zawód wyuczony:			Zawód wykonywany:		
Miejsce pracy: nazwa firmy: _____					

¹ Osoby biernie zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych oraz osoby będące 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)

² Osoby bezrobotne to: a) osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które są zarejestrowane w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotne, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy b) kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, nie pobierające świadczeń z tytułu urlopu, c) pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, nie zarejestrowane w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotne

adres firmy: _____

**Czy uważa Pan/Pani, że powrót do pracy /
pozostanie na rynku pracy będzie:**

- łatwiejsze przy zmniejszeniu dolegliwości bólowych / poprawie stanu zdrowia
- nie zmieni się bez względu na dolegliwości bólowe / stan zdrowia
- nie planuję, nie chcę wracać na rynek pracy

**Czy deklaruje Pan/Pani chęć powrotu do pracy /
kontynuowania zatrudnienia?**

- tak, w swoim zawodzie
- tak, ale rozważam inny zawód / inną pracę
- nie, nie chcę podejmować / kontynuować pracy

BARIERY I UTRUDNIENIA:

**Jakie bariery czy trudności przewiduje
Pan/Pani, które mogą uniemożliwić/utrudnić
Panu/Pani udział w elementach programu?**

- nie przewiduję żadnych trudności
- praca (godziny zabiegów)
- koszty dojazdu
- konieczność opieki nad osobą zależną
- konieczność pomocy innej osoby w dojeździe do poradni
- inne, jakie?

**Jakie bariery czy trudności przewiduje
Pan/Pani, które mogą uniemożliwić/utrudnić
Panu/Pani powrót / pozostanie na rynku pracy?**

Dodatkowe informacje:

Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy chce Pan/Pani ubiegać się o dofinansowanie:

- kosztów dojazdu do poradni
- kosztów opieki nad osobą zależną
- nie chce ubiegać się o dofinansowanie

.....
Podpis pacjenta

Załącznik R2.3

ANKIETA PACJENTA w ramach projektu nr RPLD.10.03.01-10-A016/19-00

„PO MOC W REHABILITACJI”

Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego
Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego”
Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

nazwisko i imię:		Nr PESEL:				
adres zamieszkania:		data ur.:	Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)	pleć: K / M		
adres e-mail:		telefon kontaktowy:				

Wysztalcenie <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	Kraj:	Województwo:	Powiat:			
	Gmina:	Miejscowość:	Kod pocztowy:			
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
<input type="checkbox"/> trwała niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> rencista z częściową zdolnością do pracy	<input type="checkbox"/> emeryt	<input type="checkbox"/> bierny zawodo wo³	<input type="checkbox"/> bezrobotny⁴	<input type="checkbox"/> zatrudniony, na L4, od dnia	<input type="checkbox"/> zatrudniony
Zawód wyuczony:			Zawód wykonywany:			
Miejsce pracy: nazwa firmy: _____ adres firmy: _____						

³ Osoby biernie zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych oraz osoby będące 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)

⁴ Osoby bezrobotne to: a) osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które są zarejestrowane w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotne, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy b) kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, nie pobierające świadczeń z tytułu urlopu, c) pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, nie zarejestrowane w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotne

**Czy uważa Pan/Pani, że powrót do pracy /
pozostanie na rynku pracy będzie:**

- łatwiejsze przy zmniejszeniu dolegliwości bólowych / poprawie stanu zdrowia
- nie zmieni się bez względu na dolegliwości bólowe / stan zdrowia
- nie planuję, nie chcę wracać na rynek pracy

**Czy deklaruje Pan/Pani chęć powrotu do pracy /
kontynuowania zatrudnienia?**

- tak, w swoim zawodzie
- tak, ale rozważam inny zawód / inną pracę
- nie, nie chcę podejmować / kontynuować pracy

BARIERY I UTRUDNIENIA:

**Jakie bariery czy trudności przewiduje
Pan/Pani, które mogą uniemożliwić/utrudnić
Panu/Pani udział w elementach programu?**

- nie przewiduję żadnych trudności
- praca (godziny zabiegów)
- koszty dojazdu
- konieczność opieki nad osobą zależną
- konieczność pomocy innej osoby w dojeździe do poradni
- inne, jakie?

**Jakie bariery czy trudności przewiduje
Pan/Pani, które mogą uniemożliwić/utrudnić
Panu/Pani powrót / pozostanie na rynku pracy?**

Dodatkowe informacje:

Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Czy chce Pan/Pani ubiegać się o dofinansowanie:

- kosztów dojazdu do poradni
- kosztów opieki nad osobą zależną
- nie chce ubiegać się o dofinansowanie

.....
Podpis pacjenta

Załącznik R2.4

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA GROMADZENIA I PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a) Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,
 - b) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”.
2. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:
 - a) w zakresie danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020- iod@lodzkie.pl
 - b) w zakresie zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych”- iod@miir.gov.pl lub adres poczty iodo@profamilia.net.pl
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „PO MOC W REHABILITACJI” Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. Łódzkiego, nr projektu: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00 w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu, i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art.9 ust. 2 lit. g i h oraz i (litery h i i dotyczą projektów z obszaru zdrowia) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679- dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 4.1 w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 ;

- 4.2 w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w „Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych” :
- a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 ;
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
5. Odbiorcą moich danych jest:
- a) Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
 - b) Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź
 - c) Beneficjent realizujący Projekt- **PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak Spółka Jawna**
 - d) Podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu:
- NZOZ MEDIHAD w Wieluniu, ul Joanny Żubr 30 (tylko dla uczestników biorących udział w projekcie na terenie powiatu wieluńskiego)
6. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentów.
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
10. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.

12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika projektu**

** W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna

Załącznik R2.5

Oświadczenie uczestnika Programu

**„PO MOC W REHABILITACJI” Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego
Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. Łódzkiego.
Nr projektu: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00**

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																		
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie.

2. Oświadczam, że:

- nie posiadam wydanego orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy;
- nie korzystam obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym/przebyłym leczeniem onkologicznym finansowanych z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Informacja dodatkowa: Beneficjent realizujący projekt ma możliwość wystąpienia za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego do ww. instytucji o informacje dotyczące świadczeń udzielanych dla poszczególnych pacjentów.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu

Załącznik R2.6

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

**„PO MOC W REHABILITACJI” Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego
Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. Łódzkiego.
Nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00**

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																			
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1) Zapoznałem/ -am się z zasadami udziału w Projekcie, akceptuję wszystkie zasady oraz spełniam kryteria uczestnictwa
- 2) Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu Rekrutacyjnym/ kwalifikującym do Projektu
- 3) Deklaruję chęć korzystania ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach projektu wynikających z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego (Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej)
- 4) Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu nie korzystam z rehabilitacji w związku z trwającym /przebyłym leczeniem onkologicznym w ramach środków publicznych
- 5) Zostałem/-am poinformowana, że Projekt nr RPLD.10.03.01-10-A016/19-00 realizowany jest w ramach Osi priorytetowej X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw, Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie do zdrowia
- 6) Oświadczam, że podejmę działania mające na celu podjęcie/ podtrzymanie aktywności zawodowej, a w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 7) W terminie do od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.
- 8) Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Ankiecie Uczestnika oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej w okresie realizacji Projektu

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniach są zgodne z prawdą.

.....
.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika Programu

Załącznik R2.7

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI W ZWIĄZKU Z PANDEMIĄ COVID-19

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Numer telefonu do kontaktu lub e-mail.....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/ podopieczny/ któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

TAK / NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK / NIE

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

TAK / NIE

4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK / NIE

5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK / NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie.....

6. Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

TAK / NIE

INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory – również na odpowiedzialność karną.

Pomiar temperatury:.....

Data i godzina przeprowadzonej ankiety:.....

Podpis pacjenta:

Podpis osoby przeprowadzającej ankietę:

.....

.....