

REGULAMIN UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „PO MOC W REHABILITACJI”

Wersja R01.00, 30.12.2019

§1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady udziału w Projekcie „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Nr umowy RPLD.10.03.01-10-A016/19-00

2. Projekt realizowany jest od 2019.11.01 do 2022.04.30.

§2

Definicje

Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:

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;
4. Osoba zależna - oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

§3

Założenia Projektu

1. Program jest skierowany do mieszkańców województwa łódzkiego, w szczególności miasta Łodzi i powiatu wieluńskiego, w wieku aktywności zawodowej (15+), będących w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej. Działania zaplanowane w ramach Projektu, adresowane są do osób najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu stanu zdrowia lub do osób najbardziej bliskich powrotowi na rynek pracy.

2. Cele Projektu:

- A. Ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, co najmniej 10% Uczestników, w tym minimum 20% w wieku 50 lat i więcej, będących w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym, tak aby mogli podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu.
- B. Zwiększenie potencjału kadry medycznej w zakresie fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym poprzez objęcie różnymi formami kształcenia personelu medycznego (fizjoterapeutów, psychologów itp.).

3. Uczestnik Projektu otrzymuje:

- konsultację z lekarzem onkologiem, jeśli nie otrzymał „skierowania” do udziału w Programie od swojego lekarza prowadzącego, np. onkologa, chirurga, ortopedy, itp. Zał.R1.0;
- konsultację z lekarzem rehabilitantem;
- indywidualny plan rehabilitacji do 3 cykli po 10 dni zabiegowych (max. 10 zabiegów dziennie);
- Rehabilitacyjną Poradę Kontrolną po 2 cyklach rehabilitacji;
- porady dotyczące zachowań prozdrowotnych zaleconych przez specjalistów oraz materiały edukacyjne;
- wsparcie finansowe, celem pokrycia kosztów dojazdu do placówki dla osób, u których dana kwestia stanowi barierę (dla zainteresowanych uczestników, max. dla 10%) Zał.R1.1;
- refundację kosztów opieki, którą pełni nad niesamodzielną osobą, w czasie korzystania z zabiegów (dla zainteresowanych uczestników, max. dla 1%) Zał.R1.2;
- spotkania z logopedą dla osób, które mają problem z funkcjonowaniem aparatu mowy wynikającym z przebytej choroby nowotworowej/jej leczenia (do 3 spotkań na os., dla 10% uczestników);
- indywidualne konsultacje z dietetykiem (śr. 2, max. 5 na osobę);
- indywidualne konsultacje z psychologiem i/lub seksuologiem (śr. 5, max.10 na osobę);
- indywidualne bądź grupowe spotkania z psychoterapeutą (po 30 spotkań, max. 50 na os./gr.);

- dofinansowanie zajęć aktywności fizycznej w wysokości 24 zł – jedno (śr. 6 zajęć na osobę; wymagana faktura imienna potwierdzająca płatność oraz zaświadczenie o uczestnictwie w aktywności fizycznej) Zał.R1.3;

- końcową poradę lekarską.

§3

Uprawnienia i obowiązki uczestników Projektu

1. Uczestnik Projektu ma prawo do:

- a) udziału w wizytach gwarantowanych przez Projekt,
- b) otrzymywania materiałów i pomocy dydaktycznych.

2. Uczestnik Projektu zobowiązany jest do:

- a) wypełnienia potrzebnych dokumentów kwalifikacyjnych i potwierdzających jego uczestnictwo w Projekcie Zał.R1.4;
- b) wypełnienia Klauzuli Informacyjnej Dotyczącej Gromadzenia i Przetwarzania Danych Osobowych Zał.R1.5;
- c) wypełnienia Oświadczenia Uczestnika Projektu Zał.R1.6;
- d) wypełnienia Deklaracji Uczestnika Projektu Zał.R1.7;
- f) uczestnictwa w konsultacji z lekarzem onkologiem, jeśli Uczestnik samodzielnie zgłosił się do Programu, i jeśli wyniknie taka potrzeba również w badaniach diagnostycznych i/lub z innymi specjalistami, celem pogłębienia konsultacji. Wynikiem konsultacji jest otrzymanie Zalecenia udziału w Programie Zał.R1.0 ;
- g) odbycia wizyty z lekarzem rehabilitantem;
- h) obecności na zajęciach z logopedą, jeśli takie zostały zlecone (do 3 spotkań na os., dla 10% uczestników);
- i) obecności na wszystkich wizytach z dietetykiem (śr. 2, max. 5 na osobę);
- j) obecności na indywidualnych spotkaniach z psychologiem i/lub seksuologiem (śr. 5, max.10 na osobę);
- k) obecności na indywidualnych lub grupowych spotkaniach z psychoterapeutą(po 30 spotkań, max. 50 na os./gr.);
- l) uczestnictwa w zajęciach aktywności fizycznej (śr. 6 zajęć na osobę);

1) dostarczenia do 4 tygodni po zakończeniu udziału w Programie dokumentu do Profamilia Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak spółka jawna, dotyczącego aktywności zawodowej (zaświadczenie o zatrudnieniu lub o prowadzeniu działalności gospodarczej lub oświadczenie o prowadzeniu gospodarstwa rolnego/zaświadczenie z KRUS) Zał./R1.9.

3. Udział uczestników w Projekcie jest nieodpłatny.

§4

Postanowienia końcowe

1. Uczestnik Projektu zobowiązany jest do przestrzegania i stosowania postanowień niniejszego regulaminu.
2. Osoby zakwalifikowane do Projektu, opuszczające zajęcia bez ważnego powodu lub uczestniczące w zajęciach nieregularnie mogą zostać usunięte z listy uczestników Projektu. W przypadku absencji na zajęciach, uczestnik Programu zobowiązany jest o poinformowaniu Kierownika Projektu o przyczynie swojej absencji.
3. Uczestnik Projektu ubiegający się o zwrot kwoty 24 złotych (na 1 zajęcie) za aktywność fizyczną otrzymuje ją w kolejnym miesiącu. Warunkiem obowiązkowym umożliwiającym ubieganie się o zwrot ww. kosztów jest przedstawienie faktury imiennej oraz potwierdzenie odbycia zajęć aktywności fizycznej Zał.R1.5.
4. Kwestie nieuregulowane w niniejszym regulaminie rozstrzygane są przez Kierownika Projektu w porozumieniu z opiekunem Projektu.
5. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego regulaminu.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis uczestnika Programu

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)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. PSYCHOFIZYCZNYCH (konsultacje dietetyczne, aktywność fizyczna)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

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

Załącznik R1.1

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKÓW PROJEKTU

realizowanego w ramach projektu pt. „PO MOC W REHABILITACJI” Wdrożenie na obszarze miasta Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego.

Nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00.

Ja niżej podpisana/y
(Imię i nazwisko)

numer PESEL.....

zamieszkała/y w.....
(adres zamieszkania)

oświadczam, że w związku z moim udziałem w miesiącu roku
.....

w projekcie pod tytułem „PO MOC W REHABILITACJI - Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego”.

1. Dojeżdżałem/am:

-do miejsca realizacji Projektu prowadzonym przez PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak, spółka jawna, pod adresem ul. Stefana 2, 91-463 Łódź/NZOZ MEDIHAD ul. Joanny Żubr 30, 98-300 Wieluń z miejsca zamieszkania;

-z miejsca realizacji Projektu prowadzonym przez PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia Zwierzak, Marcin Zwierzak, spółka jawna pod adresem ul. Stefana 2, 91-463 Łódź/NZOZ MEDIHAD ul. Joanny Żubr 30, 98-300 Wieluń do miejsca zamieszkania.

2. Koszt dojazdu miesięczny wynika z poniższej kalkulacji:

Lp	Data	Kwota brutto w PLN (Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w obie strony)	Informacja dodatkowa
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
RAZEM W PLN			

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości.....zł.

Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na konto:

.....
(Dane posiadacza rachunku)

.....
(Numer rachunku)

.....
(Nazwa banku)

.....
(Data i podpis uczestnika Projektu)

Weryfikacja: ZGODNA/NIEZGODNA*

Zespół oceniający w składzie:

1. Kierownik Projektu,
2. Koordynator Projektu,
3. Pracownik Biura Projektu

Zatwierdzono do wypłaty kwotę:.....zł

.....
Kierownik Projektu

* niepotrzebne skreślić

Załącznik R1.2

.....
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

.....
(miejscowość i data)

.....
(ulica, nr domu zamieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość zamieszkania)

W N I O S E K

o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną w ramach Projektu „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00.

Oświadczam, że od dnia do dnia uczestniczyłem/am w dniach zajęć z organizowanych w ramach projektu „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00 i w związku z tym poniosłem/am koszty opieki nad osobą zależną*:

- 1.....
(imię i nazwisko osoby zależnej)
.....
(data urodzenia) (PESEL osoby zależnej)
- 2.....
(imię i nazwisko osoby zależnej)
.....
(data urodzenia) (PESEL osoby zależnej)
- 3.....
(nazwa placówki/nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę)
4.
(koszt)

Wnoszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad osobą zależną. Kwotę zwrotu proszę przekazać na mój osobisty rachunek bankowy:

.....
(Nazwa i oddział banku)

.....
(Numer rachunku bankowego)

W przypadku nie posiadania osobistego rachunku bankowego, należy dołączyć oświadczenie z taką informacją oraz z danymi osoby (imię, nazwisko, adres zameldowania) wraz ze wskazaniem numeru konta bankowego, na które będą przekazywane środki dla Uczestnika Projektu. Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Kwota do wypłaty (Pole wypełnia pracownik Biura Projektu)

$$\begin{array}{ccccc}
 \boxed{} & \times & \boxed{} & = & \boxed{} \\
 \text{(liczba godzin)} & & \text{(stawka godzinowa)} & & \text{(suma do wypłaty)}
 \end{array}$$

Załączniki:

- Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią regulaminów dla Uczestników Projektu „PO MOC W REHABILITACJI – Wdrożenie na obszarze m. Łodzi i powiatu wieluńskiego Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A016/19-00;
- Akt urodzenia dziecka;
- Umowa ze żłobkiem lub przedszkolem lub inną instytucją uprawnioną do sprawowania opieki nad dzieckiem;
- Umowa cywilnoprawna z osobą fizyczną sprawującą opiekę (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z UP oraz jego dzieckiem/osobą zależną);
- Dokument potwierdzający poniesiony koszt np. faktura lub rachunek z instytucji opiekuńczej, rachunek do umowy cywilnoprawnej. Dokument musi zawierać informację, że opieka trwała w datach i godzinach, w których Uczestnik korzystał ze wsparcia w ramach Projektu;
- Zaświadczenie zawierające daty i godziny przebywania dziecka/osoby zależnej w instytucji opiekuńczej - w przypadku, gdy dokument potwierdzający poniesiony koszt nie będzie zawierał tych danych;
- Potwierdzenie dokonania zapłaty przez UP wynagrodzenia opiekunowi/ce za dany okres opieki lub potwierdzenie dokonania zapłaty za pobyt dziecka/osoby zależnej w instytucji opiekuńczej;
- Oświadczenie o nieposiadaniu rachunku bankowego i wskazaniu rachunku i danych osoby trzeciej;
- Inne.....

Kserokopie należy potwierdzić za zgodność z oryginałem („Potwierdzam za zgodność z oryginałem imię i nazwisko Uczestnika Projektu”).

.....
podpis Uczestnika

Weryfikacja: ZGODNA/NIEZGODNA*

Zespół oceniający w składzie:

1. Kierownik Projektu,
2. Koordynator Projektu,
3. Pracownik Biura Projektu

Zatwierdzono do wypłaty kwotę:.....zł

.....
Kierownik Projektu

* niepotrzebne skreślić

Załącznik R1.3

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE
O UCZESTNICTWIE W ZAJĘCIACH
AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ**

Uczestników Projektu realizowanego w ramach projektu pt. „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 Uczestnika Projektu	Data	Podpis trenera / instruktora / rehabilitanta

Załącznik R1.4

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:				
Wykształcenie ☐ niższe niż podstawowe: ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe		Kraj:	Województwo:		Powiat:	
		Gmina:	Miejscowość:		Kod pocztowy:	
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
☐ trwała niezdolność do pracy	☐ rencista z częściową zdolnością do pracy	☐ emeryt	☐ bierny zawodowo ¹	☐ bezrobotny ²	☐ zatrudniony, na L4, od dnia	☐ zatrudniony
Zawód wyuczony:			Zawód wykonywany:			
Miejsce pracy: nazwa firmy: _____						

¹ Osoby bierne 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 1.5

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.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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 R1.6

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 umowy: 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 korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym/przebytym 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 R1.7

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 przekażę 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

Upředzony/-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 1.9

**OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ
„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 :

Nazwisko :

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub data urodzenia:

numer telefonu:

Oświadczam, że :

Jestem osobą, która :

1. ☐ Kontynuuje zatrudnienie w
(nazwa firmy)
2. ☐ Podjęła pracę w
(nazwa firmy)
3. ☐ Rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek
.....
(nazwa firmy)
4. ☐ Prowadzi gospodarstwo rolne
5. ☐ Poszukuje pracy
6. ☐ Inne

W załączeniu dołączam:

.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis Uczestnika