



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



ANKIETA PACJENTA

w ramach projektu nr FELD.08.04-IZ.00-0067/24-00

„PO MOC W REHABILITACJI III”

Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

nazwisko i imię:		Nr PESEL:			
adres zamieszkania:		data ur.:	Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)	płeć: K / M	
adres e-mail:		telefon kontaktowy:			
Wykształcenie ☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe		Kraj:	Województwo:	Powiat:	
		Gmina:	Miejscowość:	Kod pocztowy:	
OŚWIADCZENIE					
Oświadczam, że dane osobowe są zgodne z dowodem osobistym o nr.....					
..... (miejscowość, data)		 (czytelny podpis uczestnika)			
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
Zawód wykonywany:					
Miejsce pracy: Nazwa i adres 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

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

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 (czytelny podpis)	
Oświadczenie uczestnika Programu Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn. „PO MOC W REHABILITACJI III” realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”. (czytelny podpis)	

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

OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE	
Oświadczenie uczestnika Programu Oświadczam, że w projekcie pn. „PO MOC W REHABILITACJI III” realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym: - NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ), - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), - Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), - Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), - Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach: „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”, - budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne). Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń. (data, czytelny podpis)	
Deklaracja dotycząca powrotu lub pozostania na rynku pracy Ja niżej podpisany/podpisana (imię i nazwisko) posiadający/a nr PESEL deklaruję chęć pozostania/ powrotu/ wejścia na rynek pracy*. (miejscowość, data) (czytelny podpis)	
Deklaracja woli udziału w Projekcie Ja niżej podpisany/a potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie oraz Klauzulą RODO i wyrażam zgodę na wzięcie udziału w Projekcie pt. „PO MOC W REHABILITACJI III” Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”. Jednocześnie zobowiązuje się do wypełnienia wymogów formalnych (dostarczenia wymaganych dokumentów m.in. zaświadczenia od pracodawcy do 4 tyg. od zakończenia udziału w programie) oraz udziału we wszystkich elementach programu, w tym wizytach lekarskich/fizjoterapeutycznych, zleconych zabiegach fizjoterapeutycznych oraz warsztatach psychoedukacyjnych i dietetycznych. (miejscowość, data) (czytelny podpis)	

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

Zgoda na zaproponowane leczenie

Ja, niżej podpisany/ a wyrażam zgodę na świadczenia medyczne zaproponowane przez lekarza w ramach programu PO MOC W REHABILITACJI III” Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu””. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o sposobie przygotowania do zabiegów, ich przebiegu oraz możliwych działaniach niepożądanych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

POTWIERDZENIE UCZESTNIKA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że otrzymałem:

- ręcznik ☐
- rotor ☐
- piłkę rehabilitacyjną ☐

do pomocy przy korzystaniu z zabiegów rehabilitacyjnych w ramach projektu

mu PO MOC W REHABILITACJI III” Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu””. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o sposobie przygotowania do zabiegów, ich przebiegu oraz możliwych działaniach niepożądanych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

*zaznaczyć pole wyboru

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

„PO MOC W REHABILITACJI III” Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Klauzula informacyjna RODO dla uczestnika indywidualnego projektu

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:
 - art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO 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;
 - ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
5. Przetwarzane dane to:

Imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA), numer telefonu, adres e-mail, status na runku pracy, planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia, data rozpoczęcia udziału we wsparciu, data zakończenia udziału we wsparciu, data założenia działalności gospodarczej, 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 (w zależności od projektu).
6. Źródło Pani/Pana danych: Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.
7. Odbiorcami/kategorią odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:
 - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
 - podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
 - podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027 usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
 - podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
8. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IZ FEŁ2027 dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.
9. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
 - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
 - przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

Łódź,
(miejscowość, data)

.....
podpis - imię i nazwisko Kandydata/ki*

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

Kwalifikacja do udziału w programie:

„PO MOC W REHABILITACJI III” Wdrożenie „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

I. Kryteria formalne: („NIE” na którekolwiek z pytań powoduje niezakwalifikowanie się do projektu)

1. Potwierdzenie miejsca zamieszkania: ☐ TAK ☐ NIE
 - deklaracja PIT za ostatni rok podatkowy (pierwsza strona z adresem oraz potwierdzeniem złożenia)
 - zaświadczenie z urzędu potwierdzające miejsce zamieszkania lub
 - wyciąg z US lub
 - kserokopię decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości lub
 - Umowę najmu lub
 - pierwszą stronę rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazującą adresata lub
 - wydruk ze strony PUE lub
 - zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy ze wskazanym adresem zamieszkania pracownika lub
 - zaświadczenie z PUP ze wskazanym adresem zamieszkania osoby bezrobotnej
2. Potwierdzenie statusu na rynku pracy: ☐ TAK ☐ NIE
 - zaświadczenie od pracodawcy lub
 - dokument potwierdzający prowadzenie własnej działalności gospodarczej lub
 - zaświadczenie z KRUS lub
 - zaświadczenie z ZUS lub PUP
3. ma zdiagnozowaną chorobę narządu ruchu (ICD10 M15-M17, M19, M40-M41, M47-M51, M53-M54, M70, M75-M77, M95) oraz posiada dokumentację nie starszą niż rok potwierdzającą daną jednostkę chorobową? ☐ TAK ☐ NIE
4. Stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym: ☐ TAK ☐ NIE
5. Pisemna zgoda na udział w programie: ☐ TAK ☐ NIE
6. Oświadczenie potwierdzające niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 m-cy z tych samych zabiegów zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych: ☐ TAK ☐ NIE

II. Kryterium premiujące: (osoby z wyższą ilością punktów mają pierwszeństwo udziału w programie)

1. **Wiek:** (okazanie dowodu osobistego lub PESEL) ☐ => 50 lat (20 pkt.) ☐ < 50 lat (0 pkt.)
 - 2a. **Siedzący charakter pracy:** ☐ Tak (10 pkt.) (zaświadczenie od pracodawcy) ☐ Nie (0 pkt.)
 - 2b. **Praca związana z wykonywaniem powtarzalnych, jednostajnych ruchów:** ☐ Tak (10 pkt.) (zaświadczenie od pracodawcy) ☐ Nie (0 pkt.)
 - 3a. **Zagrożenie opuszczeniem rynku pracy/szansa powrotu do pracy z powodu kryzysu zdrowotnego:** osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim: ☐ od 61 do 120 dni (20 pkt.) ☐ od 121 do 182 dni (30 pkt.)
 - 3b. **Wysoka szansa powrotu do pracy dzięki poprawie sytuacji zdrowotnej w wyniku rehabilitacji:** osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim: ☐ do 30 dni (30 pkt.) ☐ od 30 do 60 dni (20 pkt.)
 4. **Niepelnosprawność (zaświadczenie)** ☐ Tak (10 pkt.) ☐ Nie (0 pkt.)
- Pacjent spełnia kryteria formalne: ☐ TAK ☐ NIE
- Uzyskane punkty:
- Pacjent zakwalifikowany do udziału w projekcie: ☐ TAK ☐ NIE

.....
Data i podpis Kierownika Projektu