**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

 **pn. „Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu**

**utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię  |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. podane w formularzu zgłoszeniowym dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym,
2. spełniam kryteria uprawniające do udziału w przedmiotowym projekcie tj.:
3. jestem osobą z osoby z uprzednio rozpoznaną dysfunkcją narządu ruchu będącą skutkiem:
* wrodzonych zniekształceń narządu ruchu (Q65 - Q79 według klasyfikacji ICD-10);
* choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego (M47,
M00 - M25);
* choroby układowej tkanki łącznej (M32 - M35);
* urazu, w tym złamań i amputacji (S40 - S99, T91 - T95, Z89);
1. dysponuję dokumentacją medyczną pozwalającą zespołowi kwalifikującemu do programu na potwierdzenie jednostki chorobowej zaliczonej do katalogu rozpoznań wskazanych powyżej.

*(Dokumentacja może zawierać:*

* *wyniki badań obrazowych (Rtg, TK, MR, USG) i neurofizjologicznych (EMG)*
* *odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego*
* *karty informacyjne leczenia szpitalnego*
* *zaświadczenia lekarskie potwierdzające jednostkę chorobową dotyczącą układu ruchu)*

NIE

TAK

1. zamieszkuję na terenie miasta Krakowa/ powiatu krakowskiego
2. jestem zatrudniony w zakładzie pracy na terenie miasta Krakowa/

NIE

TAK

powiatu krakowskiego[[1]](#footnote-1)

1. jestem osoba w wieku aktywności zawodowej\*[[2]](#footnote-2)
2. jestem osobą w przedziale wiekowym 50 lat i więcej, należy wpisać wiek ……………

TAK

NIE

1. jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności[[3]](#footnote-3)
2. nie jestem objęty żadnym innym programem terapeutyczno – rehabilitacyjnym w związku
z leczeniem chorób układu ruchu, finansowanym z Narodowego Funduszu Zdrowia,
3. nie biorę udziału w analogicznym projekcie realizowanym u innego beneficjenta, finansowanym ze środków publicznych,
4. w okresie ostatniego miesiąca nie zakończyłem pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia,
5. w okresie ostatniego miesiąca nie korzystałem z ambulatoryjnej/ dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.
6. zapoznałam(em) się z Regulaminem projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania,
7. jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformowaćKrakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopediiw przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

Zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. *„Sprawny pracownik – działania na rzecz osób
z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego będących w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020

Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości zwrotu kosztów dojazdu w okresie trwania programu w przypadku gdy nie jest możliwy dojazd we własnym zakresie lub dostępnymi środkami transportu. Zwrot kosztów odbywa się na podstawie indywidualnej decyzji lekarza podczas kwalifikacji ostatecznej oraz w miarę posiadanych środków przeznaczonych w programie na ten cel.

W związku z powyższym:

* **deklaruję**
* **nie deklaruje**

chęć skorzystania z możliwości zwrotu kosztów dojazdu[[4]](#footnote-4).

Deklaruję chęć udziału i zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie pod nazwą „*Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego będących w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020

Zobowiązuje się udzielać niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu i wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie jak również do dostarczenia zaświadczenia z zakładu pracy
o zatrudnieniu lub dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności gospodarczej (wpis do CEIDG wraz z potwierdzeniem odprowadzania składek do ZUS).

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykorzystanie wizerunku mojego do celów promocyjnych oraz otrzymywanie informacji odnoszących się do realizacji projektu pn.: „Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej” przez Małopolski Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka.

**Informacja o terminie przyjęcia zostanie Panu/ Pani przekazana we wskazany przez siebie sposób:**

|  |
| --- |
| * **telefonicznie pod nr tel. ………………………………………………………………………………..……….……………**
 |
|  |
| * **elektronicznie na adres e-mail: ……………………………………………………………..………………………….**
 |
|   ………………………………………. *Podpis Uczestnika Projektu* |

**Informacja o konieczności uzupełnienia dokumentów zostanie Panu/Pani przesłana we wskazany przez siebie sposób:**

|  |
| --- |
| * **listownie na adres: ………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………….….** |
| * **elektronicznie na adres e-mail: ……………………………………………………………..………………………**
 |
|   ………………………………………. *Podpis Uczestnika Projektu* |
|  …...……………………………………… |  |
|  ***Miejscowość, data***  |  |
| …………………………………………… …………………………………………… |
| ***Podpis osoby odbierającej oświadczenie Podpis Uczestnika Projektu***  |

1. weryfikacja na podstawie zaświadczenia z zakładu pracy o zatrudnieniu [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 osoba w wieku aktywności zawodowej to aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym). [↑](#footnote-ref-2)
3. weryfikacja na podstawie orzeczenie lub dokument równoważnego/oświadczenie [↑](#footnote-ref-3)
4. Wydatek będzie kwalifikowany do wysokości opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze lub w przypadku korzystania ze środków transportu prywatnego (samochód) jako refundacja wydatku faktycznie poniesionego, jednakże tylko do wysokości ceny biletu środkami transportu publicznego na danej trasie.W przypadkach uzasadnionych racjonalnością wydatkowania środków za koszt kwalifikowalny można uznać koszt zakupu biletów okresowych, trasowanych, imiennych dla uczestników projektu. Gdy dana forma wsparcia nie odbywa się w sposób ciągły, ale np. w wybrane dni tygodnia lub w przypadkach uzasadnionej nieobecności UP, koszt biletu okresowego należy kwalifikować proporcjonalnie w stosunku do faktycznej ilości dojazdów UP na miejsce realizacji formy wsparcia w okresie, którego dotyczy. [↑](#footnote-ref-4)