Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA
w projekcie
pn. „Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego"

§1
Przepisy ogólne

1) Regulamin określa ramowe zasady rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego".
2) Program współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 10 – X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Działanie: 03-X.3 Ochrona utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie: 01 - X.3 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.
3) Projekt pn. „Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego" realizowany jest przez Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi, ul. Pabianicka, 62 93-513 Łódź, NIP 729-234-55-99, REGON 000295403 przy udziale podmiotów leczniczych wybranych do świadczenia usług.
4) Czas trwania projektu: 01.09.2019-31.07.2023.

§2
Definicje

Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:

1) **Beneficjencie** - rozumie się przez to Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii w Łodzi, ul. Pabianicka 63, 93-513 Łódź;

2) **Partnerze** - oznacza to podmiot leczniczy, realizujący wspólnie z Beneficjentem Projekt na warunkach określonych w umowie i wnoszący do Projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, lokalowe i sprzętowe.

3) **Programie** - oznacza to Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Działanie: X.3 Ochrona utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałanie: X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej. Przyjęty Uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego nr 276/18 z dnia 2 marca 2018 r., w związku z decyzją Komisji Europejskiej z dnia 18 grudnia 2014 r. Nr CCI2014PL16M20P005;

4) **Projekcie** - oznacza to Projekt pn. „Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego" realizowany w ramach działań określonych w zatwierdzonym Wniosku o dofinansowanie

projektu nr RPLD.10.03.01-10-A018/19. Realizacja projektu odbywa się na podstawie podpisanej przez Beneficjenta umowy o dofinansowanie projektu z Województwem Łódzkim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Łódzkiego;

5) **Uczestniku Projektu** - oznacza to osoby spełniające kryteria osób objętych wsparciem w ramach Poddziałania: X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz wniosku o dofinansowanie RPLD.10.03.01-IZ.00-10-001/19;

6) **Osoba pracująca** - osoba aktywna zawodowo - zatrudnienie w oparciu: o umowę o pracę, umowy cywilno - prawne (umowa zlecenie, dzieło), pracująca na własny rachunek (prowadząca działalność gospodarczą).

7) **Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.

8) **Biurze Projektu** - oznacza to miejsce przechowywania dokumentacji projektowej tj. ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;

9) **Stronie internetowej Projektu** - strona dostępna pod adresem: https://roo.kopernik.lodz.pl/Artykul/Basic/projekty-realizowane-z-funduszy-europejskich#o-projekcie-rehabilitacja-onkologiczna;

§3
Zasady funkcjonowania projektu

1) Każdy Uczestnik Projektu może wziąć w nim udział tylko jeden raz.
2) Kwalifikowalność osób zgłaszających chęć udziału w Projekcie weryfikowana będzie przez Beneficjenta na etapie rekrutacji do projektu oraz w momencie przystąpienia do Projektu na podstawie wypełnionych dokumentów zgłoszeniowych wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikowalność (dokumentacja medyczna).
3) Biuro Projektu będzie dostępne jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.00 do 15.00.

§4
Zakres świadczeń udzielanych w projekcie

1) Celem projektu jest ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, co najmniej 10% osób uczestniczących w projekcie, będących w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym, aby mogły one podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w czasie trwania projektu i po jego zakończeniu.

   Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy poprzez przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej i zdolności do aktywności zawodowej minimum 190 mieszkańcom województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej w przypadku kobiet (130 osób) oraz w przypadku mężczyzn (60 osób), aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia.

2) **Grupę docelową projektu stanowią:**
   a) osoby w wieku aktywności zawodowej, zamieszkałe na terenie województwa łódzkiego, które

wymagają:

✓ rehabilitacji po mastektomii z rekonstrukcją piersi lub bez rekonstrukcji

✓ rehabilitacji w obrzęku limfatycznym np. po usunięciu węzłów chłonnych z powodu raka piersi, tkanek macicy, czerniaka czy mięsaków kończyn

✓ rehabilitacja z powodu raka prostaty i guzów okolicy dna miednicy

✓ rehabilitacja w uszkodzeniach Ośrodkowego i Obwodowego Układu Nerwowego (np. po operacjach guza mózgu, przerzutach do OUN, powikłaniach po chemioterapii i radioterapii w postaci neuropatii)

✓ rehabilitacji po amputacji kończyny lub założeniu endoprotezy resekcyjnej z powodu nowotworu kości lub tkanek miękkich kończyn

✓ rehabilitacji po operacjach z powodu nowotworu płuc lub nowotworu w obrębie klatki piersiowej.

b) kadra medyczna zaangażowana w podmiotach realizujących świadczenia w ramach Projektu, która uzyskuje wsparcie edukacyjne w Programie Wsparcie kierowane jest do:

✓ lekarzy udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji (zwanych w Programie lekarzami rehabilitacji)

✓ fizjoterapeutów,

✓ psychologów wykonujących zawód psychologa na obszarze województwa łódzkiego.

3) W ramach Projektu przewidziano realizację następujących działań:

a) **dla 405 osób (**135 osób/rok) **w wieku aktywności zawodowej** w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej:

- *dzienną rehabilitację po mastektomii z rekonstrukcją piersi lub bez rekonstrukcji;*
- zajęcia aktywności fizycznej, konsultacje z psychologiem, seksuologiem, dietetykiem,
- sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej.

dla 810 osób (270 osób/rok) **w wieku aktywności zawodowej** w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej:

- *dzienną rehabilitację w obrzęku limfatycznym np. po usunięciu węzłów chłonnych z powodu raka piersi, tkanek macicy, czerniaka czy mięsaków kończyn;*
- zajęcia aktywności fizycznej, konsultacje z psychologiem, seksuologiem, dietetykiem,
- sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej.

dla 405 osób (135 osób/rok) **w wieku aktywności zawodowej** w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej:

- *dzienną rehabilitację z powodu raka prostaty i guzów okolicy dna miednicy;*
- zajęcia aktywności fizycznej, konsultacje z psychologiem, seksuologiem, dietetykiem, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej.

dla 60 osób (20 osób/rok) **w wieku aktywności zawodowej** w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej:

- *dzienną rehabilitację w uszkodzeniach Ośrodkowego i Obwodowego Układu Nerwowego*

(np. po operacjach guza mózgu, przerzutach do OUN, powikłaniach po chemioterapii i radioterapii w postaci neuropatii);

- zajęcia aktywności fizycznej, konsultacje z psychologiem, seksuologiem, dietetykiem, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej.

dla 30 osób (10 osób/rok) **w wieku aktywności zawodowej** w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej:

- *dzienną rehabilitację po amputacji kończyny lub założeniu endoprotezy resekcyjnej z powodu nowotworu kości lub tkanek miękkich kończyn;*
- zajęcia aktywności fizycznej, konsultacje z psychologiem, seksuologiem, dietetykiem, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej.

dla 30 osób (10 osób/rok) **w wieku aktywności zawodowej** w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej:

- *dzienną rehabilitację po operacjach z powodu nowotworu płuc lub nowotworu w obrębie klatki piersiowej;*
- zajęcia aktywności fizycznej, konsultacje z psychologiem, seksuologiem, dietetykiem, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej

b) **dla kadry medycznej (39 osób):**

- cykl szkoleń z zakresu psychoonkologii dla psychologów (3 grupy po 7 osób) obejmujących następujący zakres tematyczny:

• Dialog motywujący -wyzwalanie i wzmacnianie motywacji u osób mało zmotywowanych do wprowadzania zmian.
• Seksuologiczne problemy i radzenie sobie z nimi przez pacjentów chorych onkologicznie.
• NFST - nowe doświadczenie dla osób które przeżyły traumę.
• Zaburzenia funkcji poznawczych i ich terapia u pacjentów onkologicznych.

- Kurs z zakresu terapii obrzękowej - drenażu limfatycznego dla lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów (8 osób).
- Szkolenia z zakresu techniki Kinesiology Tapingu dla lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów (10 osób).

§5

Uczestnicy korzystający ze wsparcia w projekcie

1) Projekt adresowany jest do osób zamieszkujących na terenie województwa łódzkiego.
2) Uczestnikami Projektu mogą być kobiety i mężczyźni, którzy:
   - są w wieku aktywności zawodowej
   - w trakcie lub po radykalnym zakończonym leczeniu z powodu choroby nowotworowej,
   - są zatrudnieni, w tym także prowadzą własną działalność gospodarczą lub deklarują chęć podjęcia lub powrotu do pracy,
   - nie posiadają orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy
   - przeciwskazań zdrowotnych do terapii ambulatoryjnej w projekcie (stwierdzone przez lekarzy specjalistów onkologa i rehabilitacji medycznej),

- w momencie deklarowania chęci do udziału w projekcie nie korzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków NFZ, ZUS, KRUS z powodu ww. jednostek chorobowych lub mają zagwarantowany dostęp do takich świadczeń,

3) Uczestnikami szkoleń dedykowanych dla kadry medycznej mogą być kobiety i mężczyźni, którzy posiadają wykształcenie medyczne w zakresie fizjoterapii, rehabilitacji medycznej i wykonują zawód fizjoterapeuty, lekarza lub psychologa.

§6
Procedura rekrutacji do projektu

1) Rekrutacja do Projektu odbywa się poprzez złożenie następujących dokumentów:

a) **dla uczestników „skierowanych" do udziału w Programie przez lekarza prowadzącego** (np: onkologa, chirurga onkologa, torakochirurga, chemioterapeutę, radioterapeutę, neurochirurga, ortopedę, ginekologa, itp.):

- Zalecenia udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego - stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenia uczestnika programu - stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenia uczestnika projektu - stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,
- Ankiety uczestnika projektu - stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenia pacjenta dotyczące aktywności zawodowej - stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu,

b) **dla uczestników zgłaszających się samodzielnie do Programu**:

- Konsultacja onkologiczna - stanowiący załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu,
- Dodatkowa konsultacja innego lekarza (np. chirurga naczyniowego, neurologa, ortopedy) lub wykonanie badania USG Doppler / opcjonalnie - stanowiący załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu,
- Zalecenia udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego - stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenia uczestnika programu - stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenia uczestnika projektu - stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,
- Ankiety uczestnika projektu - stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenia pacjenta dotyczące aktywności zawodowej - stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu,

c) **dla kadry medycznej:**

- Oświadczenia uczestnika projektu - stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu,
- Ankiety uczestnika projektu - stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu,
- Oświadczenie - kadra medyczna - stanowiący załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu.

2) Dokumenty rekrutacyjne można dostarczyć osobiście, pocztą lub przez osobą upoważnioną.

3) Dane kontaktowe i miejsce rejestracji do Projektu w poszczególnych podmiotach leczniczych są dostępne na stronie internetowej Projektu pod adresem www.roo.kopernk.lodz.pl

4) Rekrutacja ma charakter ciągły począwszy od 01.01.2020 r. do momentu wyczerpania liczby dostępnych miejsc.

5) Proces rekrutacji odbywa się dwuetapowo:

a) **Etap pierwszy:** weryfikacja formalna i merytoryczna formularzy rekrutacyjnych,
b) **Etap drugi:** kwalifikacja przez lekarza rehabilitanta/ onkologa.

6) Osoby zakwalifikowane do udziału w projekcie w etapie pierwszym zostaną poinformowane o tym fakcie drogą telefoniczną lub osobiście a w etapie drugim podczas lekarskiej porady rehabilitacyjnej/konsultacji onkologicznej.
7) Nadzór nad realizacją zadań związanych z rekrutacja do projektu pełni Słowny specjalista ds. rehabilitacji przy udziale specjalisty ds. organizacji działań. Ostateczną decyzję o przyjęciu do projektu i braku przeciwwskazań podejmuje specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej (w ramach pierwszej porady lekarskiej) lub specjalista w dziedzinie onkologii na konsultacji.
8) Dokumenty rekrutacyjne dostępne są na stronie internetowej https://roo.kopernik.lodz.pl/Artykul/Basic/projekty-realizowane-z-funduszy-europejskich#o-projekcie-rehabilitacja-onkologiczna /oraz w Biurze Projektu.
9) Złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i są przechowywane w Biurze Projektu, stanowiąc dokumentację projektową.
10) Rekrutacja jest prowadzona z uwzględnieniem polityki równych szans, zapewniony jest równy dostęp Uczestników obu płci.

§7
Prawa i obowiązki uczestników projektu

1) Uczestnik Projektu jest uprawniony do:
   - udziału w kwalifikujących lekarskich poradach rehabilitacyjnych/onkologicznych ,
   - udziału w kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
   - udziału w zajęciach aktywności fizycznej, konsultacji u dietetyka, psychologa, seksuologa, psychoterapii indywidualnej i grupowej,
   - otrzymania leczenia zgodnego z treścią programu, prowadzonego z najwyższą starannością.
2) Uczestnik Projektu jest zobowiązany do:
   a) uczestnictwa w kompleksowej rehabilitacji leczniczej na którą składa się:
   - jedna konsultacja onkologiczna/dodatkowego specjalisty,
   - 10-30 dni rehabilitacji realizowanej zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacyjnym,
   - czterech wizyt lekarskich u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej,
   - uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej, konsultacji u dietetyka, psychologa, seksuologa, psychoterapii indywidualnej/grupowej,

   b) wyrażenia zgody na terapię prowadzoną przez kadrę medyczną projektu tj. lekarza specjalizacji rehabilitacja medyczna, specjalistę fizjoterapii, fizjoterapeutę,
   c) dokładnego przestrzenia zaleceń po zabiegu,
   d) udzielania prawdziwych informacji o aktualnym stanie swojego zdrowia,
   e) w przypadku, gdy w trakcie trwania leczenia wynikną okoliczności uniemożliwiające kontynuację przyjętej koncepcji, przeanalizowania alternatywnych możliwości i wspólnie z terapeutą podjęcia decyzji o dalszym leczeniu,
   f) potwierdzania korzystania ze wsparcia w ramach Projektu,
   g) wypełniania innych dokumentów związanych z realizacją Projektu, w tym w szczególności dostarczenie do Beneficjenta/Partnera dokumentów potwierdzających status na rynku pracy w momencie powrotu/podjęcia pracy oraz w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie,

h) przestrzegania Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa,
i) udzielania wszelkich informacji związanych z uczestnictwem w Projekcie Instytucjom zewnętrznym zaangażowanym w realizację Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

§9
Postanowienia końcowe

1) Niniejszy Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.
2) Beneficjent ma prawo do wprowadzania zmian w niniejszym Regulaminie.
3) Zmiany w niniejszym Regulaminie mogą nastąpić w przypadku zmian w Projekcie oraz na skutek zmian w przepisach.
4) W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają:
   - Zarządzenia i Decyzje Dyrektora Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi,
   - Wniosek o dofinansowanie projektu,
   - Kodeks cywilny.
5) Aktualna treść niniejszego Regulaminu dostępna jest w Biurze Projektu oraz na stronie www.roo.kopernik.lodz.pl

Koordynator Projektu
Beata Zdzienicka

Załączniki:

Załącznik nr 1. Zalecenia udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego.
Załącznik nr 2. Oświadczenie uczestnika programu.
Załącznik nr 3. Oświadczenie uczestnika projektu.
Załącznik nr 4. Ankieta uczestnika projektu.
Załącznik nr 5. Oświadczenia pacjenta dotyczące aktywności zawodowej.
Załącznik nr 6. Konsultacja onkologiczna.
Załącznik nr 7. Dodatkowa konsultacja innego lekarza (np. chirurga naczyniowego, neurologa, ortopedy) lub wykonanie badania USG Doppler.
Załącznik nr 8. Oświadczenie - kadra medyczna.

Projekt *„Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego"*
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Załącznik nr 1. Zalecenia udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego.

REH_ONKO_1AB_**U**

Zalecenie udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego

Imię i Nazwisko .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

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

.....
Data

.....
Podpis i pieczątka lekarza

* zakreślić właściwe

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Załącznik nr 2. Oświadczenie uczestnika programu.

REH_ONKO_0AB_**U**

Oświadczenie uczestnika Programu

Imię i Nazwisko .....

PESEL | | | | | | | | | | |

Telefon .....

Adres e-mail.....

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie wraz z wynikającymi z niego świadczeniami zdrowotnymi w szczególności z świadczeniami z zakresu fizjoterapii, konsultacji psychologicznej i dietetycznej. Mam prawo zrezygnować z proponowanych świadczeń na każdym etapie i bez konsekwencji.
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.

....

Podpis uczestnika Programu

Załącznik nr 3. Oświadczenie uczestnika projektu.

REH_ONKO_3AB_**U**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego** zobowiązuję się, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończenia 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.

2. ~~W terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie dostarczę Beneficjentowi dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.*~~

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości co następuję:

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

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 (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).~~

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu **Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego**, 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:

1) w odniesieniu do zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą, przetwarzanych w ramach 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;

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 – **Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź** (nazwa i adres Beneficjenta),

   d) podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu –

~~- (nazwa i adres ww. podmiotów).~~

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.

6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 - 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, konsekwencją odmowy podania danych jest brak możliwości skorzystania ze wsparcia w ramach Projektu.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania.

....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU***

---

* Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których istnieje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej.

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

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Załącznik nr 4. Ankieta uczestnika projektu.

REH_ONKO_4AB_**U**

ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

DANE UCZESTNIKA

KRAJ										
NAZWISKO										
IMIĘ										
PESEL										
PŁEĆ	**Kobieta** ☐		**Mężczyzna** ☐							
Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
WYKSZTAŁCENIE	☐ **NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE** ☐ **PODSTAWOWE** ☐ **GIMNAZJALNE** ☐ **PONADGIMNAZJALNE** ☐ **POLICEALNE** ☐ **WYŻSZE**									

DANE KONTAKTOWE

WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR BUDYNKU		**NR LOKALU**	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			

SZCZEGÓŁY WSPARCIA

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU
OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY **w tym:** ☐ OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA ☐ INNE
OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY **w tym:** ☐ OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA ☐ INNE
OSOBA BIERNA ZAWODOWO **w tym:** ☐ OSOBA UCZĄCA SIĘ ☐ OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU ☐ INNE
OSOBA PRACUJĄCA **w tym:** ☐ OSOBA PRACUJĄCA W ADMININISTRACJI RZĄDOWEJ ☐ OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ ☐ OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP ☐ OSOBA PRACUJACA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ ☐ OSOBA POWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK ☐ OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE ☐ INNE
WYKONYWANY ZAWÓD (wypełnia osoba pracująca) ☐ INSTRUKTOR PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU ☐ NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO ☐ NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO ☐ NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO ☐ PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA ☐ KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ ☐ PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY ☐ PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO ☐ PRACOWNIK INSTYTUCJI WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ ☐ PRACOWNIK OŚRODKA WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ ☐ PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ ☐ ROLNIK ☐ INNY
ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia) :

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA ☐ NIE ☐ TAK ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

OSOBA BEZDOMNA LUB OBJĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ ☐ NIE ☐ TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ☐ NIE ☐ TAK ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (inne niż wymienione powyżej) w tym: ☐ NIE ☐ TAK ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

....

Data Podpis uczestnika projektu

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Rzeczpospolita Polska | województwo łódzkie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Załącznik nr 5. Oświadczenia pacjenta dotyczące aktywności zawodowej.

REH_ONKO_8AB_**U**

OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

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 przypadku zaznaczenia jednej z pozycji od 1 do 4:

deklaruję, że **do 4 tygodni po zakończeniu udziału w programie** dostarczę do Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi dokument dotyczący aktywności zawodowej (zaświadczenie o zatrudnieniu lub o prowadzeniu działalności gospodarczej lub oświadczenie o prowadzeniu gospodarstwa rolnego/zaświadczenie z KRUS).

.....

.....

miejscowość, data

podpis pacjenta

Projekt *„Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego"*
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Załącznik nr 6. Konsultacja onkologiczna.

REH_ONKO_1B_**M**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum
Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w
Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

KONSULTACJA ONKOLOGICZNA

Imię:						**Nazwisko:**					
PESEL:											
Oznaczenie płci:	**K**	**M**									

Data	Konsultacja	podpis i pieczątka lekarza
	Konsultacja lekarza specjalisty onkologa: ☐ Stwierdzam brak przeciwskazań do objęcia pacjenta/pacjentki rehabilitacją. Lub **Zalecenia**: ☐ skierowanie do lekarza chirurga naczyniowego ☐ skierowanie do lekarza neurologa ☐ skierowanie do lekarza ortopedy ☐ skierowanie na badanie USG Doppler ☐ inne	

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Data	Konsultacja	Podpis i pieczątka lekarza
	Konsultacja lekarza specjalisty onkologa (po dodatkowych badaniach i konsultacjach): Stwierdzam brak przeciwskazań i kieruje do objęcia programem zdrowotnym. ☐ TAK ☐ NIE	

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Załącznik nr 7. Dodatkowa konsultacja innego lekarza (np. chirurga naczyniowego, neurologa, ortopedy) lub wykonanie badania USG Doppler.

REH_ONKO_2B_CHN_**M**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum
Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w
Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

SKIEROWANIE DO LEKARZA CHIRURGA NACZYNIOWEGO

Proszę **o konsultację dla:**.....

Lat:..... Data urodzenia:..... Kraj:.....

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres:.....

Tel:..... Płeć: K M

Lekarz kierujący:.....

Kieruję Pana / Panią do: Lekarza chirurga naczyniowego

Rozpoznanie:.....

.....

Kod (ICD10):.....

Rozpoznanie dodatkowe:.....
.....

Opis rozpoznania: .....
.....

Cel skierowania(uzasadnienie):.....
.....

Badania wykonane:.....
.....

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Rzeczpospolita Polska | województwo łódzkie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

KOPERNIK

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

Dodatkowe uwagi:

Czytelny podpis
i pieczątka lekarza

KONSULTACJA CHIRURGA NACZYNIOWEGO

Imię:						**Nazwisko:**					
PESEL:											
Oznaczenie płci:	**K**	**M**									

Data	**Konsultacja**	**(podpis i pieczątka lekarza)**
	Konsultacja lekarza specjalisty chirurga naczyniowego: USG naczyń Doppler: Zalecenia:	

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

REH_ONKO_2B_N_**M**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum
Onkologii
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

SKIEROWANIE DO LEKARZA NEUROLOGA

Proszę **o konsultację dla:**.....

Lat:..... Data urodzenia:..... Kraj:.....

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres:.....

Tel:..... Płeć: K M

Lekarz kierujący:.....

Kieruję Pana / Panią do: Lekarza neurologa

Rozpoznanie:.....

.....

Kod (ICD10):.....

Rozpoznanie dodatkowe:.....

.....

Opis rozpoznania: .....

.....

Cel skierowania(uzasadnienie):.....

.....

Badania wykonane:.....

.....

Dodatkowe uwagi:

Czytelny podpis
i pieczątka lekarza

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Rzeczpospolita Polska | województwo łódzkie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

KONSULTACJA NEUROLOGICZNA

Imię:						**Nazwisko:**					
PESEL:											
Oznaczenie płci:	**K**	**M**									

Data	Konsultacja	(podpis i pieczątka lekarza)
	Konsultacja lekarza specjalisty neurologa: Zalecenia:	

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

REH_ONKO_2B_O_**M**

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum
Onkologii
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

SKIEROWANIE DO LEKARZA ORTOPEDY

Proszę **o konsultację dla:**.....

Lat:..... Data urodzenia:..... Kraj:.....

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres:.....

Tel:..... Płeć: K M

Lekarz kierujący:.....

Kieruję Pana / Panią do: Lekarza ortopedy

Rozpoznanie:.....

.....

Kod (ICD10):.....

Rozpoznanie dodatkowe:.....

.....

Opis rozpoznania: .....

.....

Cel skierowania(uzasadnienie):.....

.....

Badania wykonane:.....

.....

Dodatkowe uwagi:

Czytelny podpis
i pieczątka lekarza

Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum
Onkologii
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

Pieczątka Oddziału

KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA

Imię:						**Nazwisko:**					
PESEL:											
Oznaczenie płci:	**K**	**M**									

Data	**Konsultacja**	**(podpis i pieczątka lekarza)**
	Konsultacja lekarza specjalisty ortopedy: Zalecenia:	

Załącznik nr 8. Oświadczenie - kadra medyczna.

Łódź, dnia ..... r.

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a ..... oświadczam, że przystępując jako uczestnik do szkolenia z zakresu ..... organizowanego w ramach projektu pn.: „Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego" (nr umowy: RPLD.10.03.01-10-A018/19-00) zobowiązuję się do realizacji świadczeń w „Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego".

Z poważaniem