

Częstochowa dnia.....

Wniosek nr..... o zakwalifikowanie do wzięcia udziału w programie

**Rehabilitacja aktywnych zawodowo**

Regionalny Program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022. Choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub mięśniowego tj. wg ICD-10 M15-M19, M47, M50, M51, M54

I. WNIOSEK DLA POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW FORMALNYCH KWALIFIKACJI KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROGRAMU.

1. DANE KANDYDATA NA UCZESTNIKA W PROGRAMIE

Imię.....Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia..... Pesel .....

Tel. Kontaktowy.....

2. STATUS NA RYNKU PRACY OSOBY KANDYDUJĄCEJ NA UCZESTNIKA PROGRAMU

Ocena spełnienia poszczególnych kryteriów następuje poprzez potwierdzenie/weryfikację statusu (zaznaczenie odpowiedniej rubryki oraz złożenie oświadczenia potwierdzającego dany status):

Oświadczam, że

1. Jestem osobom aktywna zawodowo, miejsce pracy: .....;

2. Jestem osobom deklarującą gotowość do podjęcia zatrudnienia;

3. KRYTERIUM WYŁĄCZENIA:

Oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu nie korzystałam/em ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu).

4. Niniejsze oświadczenia składam z świadomością o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, o której zostałem pouczony.

Miejscowość, data, podpis

.....  
Podpis kandydata na uczestnika Programu

II. DIAGNOZA MEDYCZNA (wypełnia lekarz)

W oparciu o przedstawione dokumenty, przeprowadzone badania medyczne oraz własną wiedzę i doświadczenie stwierdzam, że Pan/Pani.....  
ze względu na stan zdrowia charakteryzujący się .....

.....  
.....  
.....  
.....

Rozpoznanie choroby:

Numer jednostki chorobowej wg. ICD-10:  M15,  M16,  M17,  M18,  M19,  M47,  
 M50,  M51,  M54.

Kandydat kwalifikuje się do przeprowadzenia zabiegów w zakresie fizjoterapii polegających na.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Stwierdzam przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym

.....  
.....

Stwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym

.....  
Podpis lekarza

III. KWALIFIKACJA (wypełnia menadżer projektu)

Na podstawie wyżej wymienionych dokumentów, diagnozy medycznej oraz biorąc pod uwagę kolejność zgłoszeń stwierdzam, że Pan/Pani .....  
zostaje zakwalifikowana/y do udziału w programie i zostaje wpisana/y na listę podstawową/rezerwową pod nr.....

.....  
Podpis menadżera projektu