

Częstochowa dnia.....

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

Rehabilitacja osób z chorobami kardiologicznymi

Regionalny Program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2022. Choroby układu krążeniowego wg ICD-10: I20, I21, I24, I25, I50.

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.....

Wykształcenie: niższe niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne,
 ponadgimnazjalne, policealne, wyższe

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 aktywną 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 pouczoney.

Miejscowość, data, podpis

.....
Podpis kandydata na uczestnika Programu

WYPEŁNIA PERSONEL PLACÓWKI

II. DIAGNOZA MEDYCZNA (wypełnia lekarz ośrodka rehabilitacyjnego)

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: I20, I21, I24, I25, I50

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