

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja, niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:
(imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami)

w programie pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
- 2) **wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS, np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.**

Przez podpisanie zgody na udział w ww. programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam/em kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna (ręką Rodzica/Opiekuna Dziecka, drukowanymi literami)

.....
data i podpis

ORYGINAŁ/KOPIA¹

¹ Niepotrzebne skreślić.

Warunki uczestnictwa w programie

1. Do programu mogą zostać włączone osoby, które spełniły jednocześnie wszystkie kryteria włączenia, tj.:
 - 1) przedłożenie beneficjentowi przez Rodzica/Opiekuna uczestnika programu wypełnionego druku świadomej zgody na udział w programie,
 - 2) przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu podpisanego oświadczenia, że dziecko wymienione w świadomej zgodzie na udział w programie nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz nie bierze i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS, np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”,
 - 3) Uczestnik programu w momencie kwalifikacji jest uczniem klas I-VI szkoły podstawowej,
 - 4) Uczestnik programu w momencie kwalifikacji uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie województwa mazowieckiego,
 - 5) potwierdzona u uczestnika otyłość w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego otyłości lub potwierdzona u uczestnika choroba kręgosłupa w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa. Weryfikacja tych kryterium nastąpi na podstawie:
 - a) weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej potwierdzającej otyłość lub chorób kręgosłupa uczestnika lub/i
 - b) badania podczas kwalifikacji uczestników,
 - 6) u uczestnika programu w momencie aplikowania nie występują medyczne przeciwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu,
 - 7) w przypadku grupy, która dodatkowo otrzyma wsparcie w ramach programu tj. rodziców/opiekunów, konieczne będzie potwierdzenie statusu rodzica/opiekuna dziecka zakwalifikowanego do programu.
2. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń.
3. Uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki beneficjent zadeklarował na etapie konkursu na realizację programu (320 uczestników).
4. Beneficjent wykluczy z udziału w programie uczestnika, u którego podczas wykonywania interwencji wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia:
 - 1) przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu,
 - 2) nieusprawiedliwiona absencja na 5 spotkaniach w ramach programu.
5. W przypadku gdy rodzic/opiekun uczestnika programu złoży pisemną rezygnację z udziału dziecka w dalszych działaniach programu beneficjent zobligowany jest poinformować rodzica/opiekuna o skutkach takiego postępowania (np. brak osiągnięcia określonego poziomu sprawności fizycznej czy właściwej masy ciała).
6. Beneficjent będzie wykonywał działania w ramach programu stawiając dobro uczestnika jako wartość najwyższą.
7. Świadczenia w ramach programu są udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
8. Udział w programie jest dobrowolny.
9. Dopuszczalne jest jednokrotne uczestnictwo w programie.
10. Dopuszczalne jest uczestnictwo tylko w jednym module programu.
11. Świadczenia w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.
12. Do udzielania świadczeń w ramach programu zostaną użyte wyroby medyczne oraz środki lecznicze dopuszczone do użytku na terenie Polski oraz Unii Europejskiej.
13. Sprzęt stosowany w programie musi spełniać wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadać niezbędne certyfikaty.
14. Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego beneficjenta.
15. Decyzja, do którego modułu będzie aplikować dziecko należy do rodzica/opiekuna.
16. W przypadku gdy beneficjent realizuje program w ramach modułu dotyczącego otyłości i chorób kręgosłupa, a u osoby aplikującej w ramach prowadzonej kwalifikacji zostanie stwierdzona otyłość i choroba kręgosłupa decyzję o wyborze modułu, do którego będzie aplikować dziecko podejmuje rodzic po konsultacji z lekarzem/fizjoterapeutą prowadzącym tą kwalifikację.
17. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
18. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

PROJEKT JEST WSPÓŁFINANSOWY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ – EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO NA LATA 2014-2020 (IX OŚ PRIORYTETOWA: WSPIERANIE WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO I WALKA Z UBÓSTWEM, DZIAŁANIE 9.2: USŁUGI SPOŁECZNE I USŁUGI OPIEKI ZDROWOTNEJ, PODDZIAŁANIE: 9.2.2 ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH)

Przyjmuję powyższe do wiadomości

.....
(data i podpis Rodzica/Opiekuna)