MAZOWIECKIE CENTRUM NEUROPSYCHIATRII

Wspólny regulamin rekrutacji i udziału

w projekcie RWS i projekcie RMR

„Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu - edycja III dla RWS.” (dalej projekt RWS)

„Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu - edycja III dla RMR.” (dalej projekt RMR)

Umowy: FEMA.08.05-IP.01-0AZ8/25-00 (projekt RWS) oraz FEMA.08.05-IP.01-0BDN/25-00 (projekt RMR).

Projekty realizowane są na podstawie „Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego” na lata 2026–2029, stanowiącego załącznik do uchwały nr 1468/106/25 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 29 lipca 2025 r. (dalej RPZ).

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 1. Przedmiot regulaminu

1. Regulamin określa wspólne zasady rekrutacji, kwalifikacji i udziału w projekcie RWS (umowa FEMA.08.05-IP.01-0AZ8/25-00) oraz w projekcie RMR (umowa FEMA.08.05-IP.01-0BDN/25-00). „Projekt” oznacza właściwy dla danego uczestnika projekt RWS albo RMR; regulamin nie łączy ich budżetów, limitów miejsc ani sprawozdawczości.

2. Realizatorem obu projektów jest Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o., Zagórze 10, 05-462 Wiązowna, NIP 5322002036, REGON 142011670, KRS 0000336643 (dalej „Realizator”).

3. Projekty są współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu VIII, Działania 8.5 programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027. Instytucją Pośredniczącą jest Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych.

4. Okres realizacji: 1 marca 2026 r. – 1 czerwca 2029 r. Rekrutacja jest ciągła i trwa od ogłoszenia naboru do stycznia 2029 r. Terminy zapisów i wizyt kwalifikacyjnych ustala Realizator zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem właściwego Projektu.

5. Świadczenia realizowane są w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzu. Miejsce badania lub sesji wskazuje recepcja przy ustalaniu terminu.

6. Udział jest dobrowolny i bezpłatny. Złożenie zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem.

7. Planowany zakres wsparcia: projekt RWS – 170 dzieci i młodzieży, 1020 cykli terapeutycznych oraz 170 rodziców lub opiekunów faktycznych; projekt RMR – 230 dzieci i młodzieży, 1380 cykli oraz 230 rodziców lub opiekunów faktycznych. Plan zakłada średnio sześć cykli na dziecko i nie stanowi gwarancji określonej liczby cykli. Niewykorzystane cykle mogą zostać przeznaczone na wsparcie kolejnych osób spełniających kryteria, w granicach budżetu i harmonogramu.

8. Formularze zgłoszeniowe, decyzje kwalifikacyjne, listy przyjętych i rezerwowe oraz ewidencja wsparcia wskazują nazwę lub jednoznaczny skrót i numer właściwego Projektu.

§ 2. Definicje

1. MPD – mózgowe porażenie dziecięce. Kandydat – osoba zgłoszona, wobec której nie zakończono kwalifikacji.

2. Uczestnik z I grupy docelowej – dziecko lub osoba młoda z rozpoznanym MPD, zakwalifikowana do świadczeń diagnostycznych i rehabilitacyjnych. Uczestnik z II grupy docelowej – rodzic lub opiekun faktyczny uczestnika z I grupy, korzystający ze wsparcia przewidzianego w RPZ.

3. Opiekun faktyczny – osoba sprawująca opiekę nad uczestnikiem z I grupy, niebędąca opiekunem zawodowym (rodzic, rodzic zastępczy, członek rodziny, osoba bliska, wolontariusz). Zgłoszenie dokumentuje relację do dziecka i sprawowanie opieki.

4. Osoba uprawniona do wyrażenia zgody – osoba, której uprawnienie do udzielenia zgody na udział i świadczenia Realizator zweryfikował. Zgłoszenie kandydata przez opiekuna faktycznego nie zastępuje zgody osoby uprawnionej.

5. Cykl terapeutyczny – 10 sesji terapii z zastosowaniem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu, wraz z badaniami przewidzianymi w RPZ. Turnus rehabilitacyjny – organizacyjna forma realizacji cyklu wraz z badaniem początkowym i końcowym; kolejne turnusy nie odnawiają limitów wsparcia opiekunów.

6. Biuro Projektu – siedziba Realizatora w Zagórzu, Pawilon Główny, pokój 442, II piętro, dostępny windą. Recepcja – punkt obsługi pacjentów na parterze Pawilonu Głównego. Zapisy i informacje: 601 399 403, 22 468 24 47, 22 468 24 16; rehabilitacja@centrumzagorze.pl.

7. RWS – region warszawski stołeczny, RMR – region mazowiecki regionalny. Przynależność do Projektu ustala się według miejsca zamieszkania, a nie miejsca udzielania świadczeń.

8. Dokument potwierdzający miejsce zamieszkania – dokument zawierający dane identyfikujące uczestnika oraz jego adres, umożliwiający przyporządkowanie do właściwego Projektu; katalog dokumentów i zasady ich składania określa § 8a.

9. Strona internetowa – projektu RWS stronę: https://projekty.centrumzagorze.pl/project/projekt-wykorzystanie-nowoczesnych-technologii-diagnostycznych-i-zrobotyzowanych-systemow-rehabilitacji-w-terapii-dzieci-z-mozgowym-porazeniem-dzieciecym-w-mazowieckim-centrum-neuropsychiatri/- projektu RMR stronę: https://projekty.centrumzagorze.pl/project/wykorzystanie-nowoczesnych-technologii-diagnostycznych-i-zrobotyzowanych-systemow-rehabilitacji-w-terapii-dzieci-z-mozgowym-porazeniem-dzieciecym-w-mazowieckim-centrum-neuropsychiatrii-sp-z-o-o-w-za/10. Rekrutacja – nabór otwarty, prowadzony w siedzibie Realizatora oraz elektronicznie, zgodnie z zasadami horyzontalnymi Unii Europejskiej dotyczącymi równości szans kobiet i mężczyzn, niedyskryminacji i dostępności, w szczególności z art. 9 rozporządzenia 2021/1060, Kartą praw podstawowych UE oraz Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

§ 3. Przyporządkowanie do projektu RWS lub RMR

1. Projekt RWS jest przeznaczony dla mieszkańców m.st. Warszawy oraz powiatów: grodziskiego, legionowskiego, mińskiego, nowodworskiego, otwockiego, piaseczyńskiego, pruszkowskiego, warszawskiego zachodniego i wołomińskiego.

2. Projekt RMR jest przeznaczony dla mieszkańców pozostałej części województwa mazowieckiego, wskazanej w formularzu rejestracyjnym stanowiącym załącznik nr 1a i 1c.

3. Nie można jednocześnie korzystać ze zbieżnego wsparcia w obu projektach. Zmiana miejsca zamieszkania wymaga zgłoszenia i ponownej oceny kwalifikowalności; nie powoduje automatycznego przeniesienia do drugiego Projektu ani odnowienia limitów udziału w RPZ.

Rozdział II. Cel i zakres wsparcia

§ 4. Cel Projektu

1. Projekt służy zwiększeniu dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń funkcji chodu u dzieci i młodzieży z MPD i realizuje cel RPZ, którym jest poprawa stanu funkcjonalnego u co najmniej 75% osób uczestniczących w programie w latach 2026–2029.

2. Działania obejmują diagnostykę funkcjonalną, indywidualnie planowaną rehabilitację chodu oraz edukację zdrowotną i indywidualne wsparcie psychologiczne dla rodziców lub opiekunów faktycznych. Cele programu nie stanowią gwarancji uzyskania określonego wyniku terapii.

§ 5. Świadczenia dla dzieci i młodzieży

1. Wsparcie obejmuje kwalifikację medyczną, badanie początkowe, indywidualny plan opieki i terapii, cykl terapeutyczny oraz badanie końcowe.

2. Badanie początkowe wykonuje się do 6 tygodni przed cyklem. Badania obligatoryjne: TUG, 10MWT, 6MWT, GMFM w częściach D i E, FMS 5/50/500, ocena osiągania celów GAS oraz trójwymiarowa instrumentalna diagnostyka funkcji chodu. Badania fakultatywne: ocena PEDI w zakresie mobilności oraz testy z użyciem zrobotyzowanych urządzeń, zgodnie z RPZ i decyzją personelu.

3. Pełny cykl obejmuje 10 sesji. Na każdą sesję przeznacza się 60 minut, w tym około 45 minut treningu, zależnie od zmęczenia, motywacji i możliwości uczestnika; pozostały czas obejmuje przygotowanie i zakończenie. Zaplanowane 10 godzin sesji nie oznacza 10 godzin treningu w urządzeniu.

4. Parametry treningu dostosowuje się do potrzeb i możliwości uczestnika. Urządzenia muszą spełniać wymagania RPZ; regulamin nie ogranicza świadczeń do jednej marki urządzenia.

5. Po zakończeniu cyklu wykonuje się badanie końcowe w tym samym zakresie co badanie początkowe. Przy przedwczesnym zakończeniu cyklu dopuszcza się badanie końcowe zgodnie z RPZ.

6. Terminy świadczeń ustalane są indywidualnie i przekazywane uczestnikowi oraz jego rodzicowi lub opiekunowi.

7. Realizator zapewnia transport uczestnikom zgłaszającym trudności w dotarciu na badania lub sesje, w zakresie właściwego wniosku o dofinansowanie, w szczególności przejazdy w obrębie Zagórza między Pawilonem Głównym a budynkiem diagnostyki chodu. Potrzebę i termin przejazdu zgłasza się recepcji. Jeżeli warunkiem udziału jest transport z domu pacjenta do Zagórza, należy zgłosić to przy składaniu zgłoszenia; Realizator zapewnia wówczas transport ze środków oszczędności Projektu, własnych zasobów lub innych źródeł finansowania. Nie jest to zwrot wydatków na przejazdy organizowane samodzielnie przez rodzinę.

8. Spóźnienie nie powoduje przedłużenia sesji ani jej przeniesienia. Personel ocenia, czy w pozostałym czasie można bezpiecznie udzielić świadczenia, i dokumentuje jego rzeczywisty zakres. Rozpoczęcie sesji odnotowuje się w dokumentacji; przy skróceniu lub przerwaniu zapis obejmuje faktyczny czas, wykonane czynności i przyczynę. Samo rozpoczęcie sesji nie oznacza wykonania pełnej zaplanowanej interwencji.

9. Szczegółowe zasady uczestnictwa określa Regulamin udziału w turnusach rehabilitacyjnych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii, opublikowany na stronach projektów RWS i RMR.

§ 6. Wsparcie rodziców i opiekunów faktycznych

1. Wsparcie II grupy docelowej przysługuje wyłącznie rodzicom lub opiekunom faktycznym uczestników z I grupy docelowej.

2. Edukacja zdrowotna obejmuje informacje o MPD, przebiegu terapii, opiece i metodach usprawniania dziecka. Prowadzona jest co do zasady grupowo (preferowane grupy 10–12 osób), w razie konieczności online, a wyjątkowo indywidualnie.

3. Rodzic lub opiekun faktyczny może skorzystać z maksymalnie jednego 60-minutowego spotkania edukacyjnego, niezależnie od liczby cykli dziecka. Wsparcie opiekunów zaplanowano od września 2026 r. do maja 2029 r., edukację z wyłączeniem grudnia i stycznia.

4. W pierwszej kolejności miejsce na edukacji zapewnia się jednemu opiekunowi każdego dziecka. Przy dostępnych miejscach można przyjąć drugiego opiekuna tego samego dziecka według kolejności zgłoszeń; łącznie maksymalnie dwóch opiekunów jednego dziecka.

5. Uczestnik edukacji wypełnia test wiedzy przed spotkaniem i po nim; test obejmuje co najmniej 10 pytań zamkniętych, każde z co najmniej trzema opcjami odpowiedzi.

6. Indywidualne wsparcie psychologiczne jest dobrowolne i może być udzielane z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych. Maksymalnie dwóch opiekunów jednego dziecka może skorzystać łącznie z nie więcej niż dwóch spotkań po 60 minut w trakcie udziału dziecka w programie, niezależnie od liczby cykli. Preferowane są konsultacje bezpośrednie.

Rozdział III. Rekrutacja i kwalifikacja

§ 7. Organizacja zgłoszeń

1. Rekrutacja ma charakter otwarty i jest prowadzona z poszanowaniem równości szans, niedyskryminacji oraz dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

2. Zgłoszenia przyjmowane są: telefonicznie (601 399 403, 22 468 24 47, 22 468 24 16); elektronicznie (rehabilitacja@centrumzagorze.pl); listownie na adres Realizatora z dopiskiem „Rekrutacja MPD – RWS” albo „Rekrutacja MPD – RMR”; osobiście w siedzibie Realizatora w godzinach 7.30–14.30.

3. Realizator zapewnia równocześnie rejestrację telefoniczną i elektroniczną oraz pomoc w dokonaniu zgłoszenia i wypełnieniu dokumentów.

4. Zgłoszenie wstępne umożliwia identyfikację kandydata i kontakt z osobą zgłaszającą. Pozostałe dokumenty i oświadczenia uzupełnia się przed zakończeniem kwalifikacji.

5. Realizator prowadzi rejestr zgłoszeń zawierający imię i nazwisko kandydata, formę, datę i godzinę zgłoszenia oraz kolejny numer rejestrowy. W przypadku zgłoszeń listownych rejestruje się datę wpływu. Przy ponownym zgłoszeniu tej samej osoby do tego samego naboru zachowuje się datę pierwszego zgłoszenia.

6. Informacja o naborze, formach wsparcia, terminach i dokumentach jest publikowana na stronie internetowej projektu i dostępna w Biurze Projektu; informacje indywidualne udziela recepcja.

7. Realizator zapewnia dostępność informacji, formularzy i obsługi zgodnie ze standardami przyjętymi we wnioskach, w tym WCAG 2.1 na poziomie AA dla materiałów cyfrowych. Potrzeby dotyczące dostępności, pomocy w wypełnieniu dokumentów, komunikacji lub opieki nad dzieckiem podczas wsparcia opiekuna można zgłaszać recepcji.

8. W projekcie RMR przewidziano udział co najmniej 20% dzieci i młodzieży zamieszkujących obszary wiejskie (3 obszar według klasyfikacji DEGURBA). Realizator monitoruje wykonanie tego zobowiązania, prowadzi

ukierunkowane działania informacyjne i rekrutacyjne oraz ustala termin kwalifikacji medycznej w pierwszej kolejności dla tych uczestników.

§ 8. Kryteria włączenia

1. W dniu kwalifikacji kandydat musi spełniać łącznie następujące warunki:

a) mieć ukończone 5 lat i nie mieć ukończonych 18 lat oraz posiadać rozpoznane MPD;

b) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego, na obszarze właściwego Projektu wskazanym w § 3;

c) posiadać wypełniony i podpisany formularz świadomej zgody na udział w programie, zgodny z załącznikiem nr 2 do regulaminu;

d) przedłożyć podpisane oświadczenie o nieuczestniczeniu w innym programie o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i niekorzystaniu przez dziecko w momencie aplikowania ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w tym NFZ, zgodne z załącznikiem A do RPZ;

e) przedłożyć podpisane oświadczenie o zgłoszeniu do programu po raz pierwszy albo o zakończeniu poprzedniego udziału minimum 6 miesięcy wcześniej, zgodne z załącznikiem A do RPZ;

f) posiadać poziom funkcjonalny I–IV według klasyfikacji GMFCS;

g) posiadać umiejętność samodzielnego chodzenia z wykorzystaniem pomocy ortopedycznych, takich jak kule, trójnogi, chodziki, ortozy, lub z asystą drugiej osoby;

h) mieć możliwość przejścia minimum 4 metrów samodzielnie z wykorzystaniem tych pomocy albo trzymając za rękę osobę towarzyszącą;

i) posiadać umiejętność komunikowania się pozwalającą na rozumienie poleceń terapeuty oraz sygnalizowanie bólu, dyskomfortu i potrzeb fizjologicznych;

j) nie mieć aktywnej padaczki lekoopornej;

k) nie mieć dysproporcji długości kończyn dolnych albo mieć dysproporcję nie większą niż 2 cm;

l) nie mieć utrwalonych przykurczów i/lub deformacji kostno-stawowych;

m) nie mieć niestabilności kostno-stawowych, np. zwichnięć stawów, złamań, osteoporozy, uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu;

n) nie mieć zmian zapalnych skóry i/lub otwartych uszkodzeń skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych, uniemożliwiających taki trening;

o) nie mieć przeciwwskazań do treningu na bieżni, np. chorób układu krążenia lub oddechowego o znacznym nasileniu.

2. Kryteria dotyczące miejsca zamieszkania, zgody, zbieżnych świadczeń i wcześniejszego udziału weryfikuje się na podstawie podpisanego formularza świadomej zgody, zgodnego z załącznikiem nr 2 do regulaminu, oraz dokumentu potwierdzającego miejsce zamieszkania.

3. Rozpoznanie i kryteria medyczne weryfikuje lekarz na podstawie badania, wywiadu i dokumentacji medycznej. Oświadczenie rodzica lub opiekuna nie zastępuje kwalifikacji medycznej.

4. Warunek dotyczący zbieżnych świadczeń nie stanowi ogólnego zakazu korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej publicznie. Zakres ewentualnej zbieżności należy ustalić z Realizatorem przed kwalifikacją.

5. Zasadę kontynuacji wsparcia określoną w pkt 16 rozdziału 3.2 RPZ ujęto w § 11 ust. 4.

§ 8a. Dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania

1. Na potrzeby weryfikacji miejsca zamieszkania i przyporządkowania do projektu RWS albo RMR osoba zgłaszająca przedkłada jeden z dokumentów wymienionych w ust. 2. Dokument uzupełnia oświadczenie o miejscu zamieszkania zawarte w formularzu zgodnym z załącznikiem A do RPZ i nie zastępuje tego oświadczenia.

2. Dokumentem potwierdzającym adres może być: informacja o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy pobrana za pośrednictwem serwisu gov.pl po uwierzytelnieniu profilem zaufanym; dokument urzędowy, np. pierwsza strona zeznania PIT z adresem wraz z potwierdzeniem złożenia albo decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości; dokument dotyczący prawa do korzystania z lokalu, np. akt notarialny lub umowa najmu; umowa o pracę lub zaświadczenie o zatrudnieniu zawierające adres zamieszkania; umowa lub rachunek za media lub usługi (energia, gaz, woda, telefon, internet, telewizja kablowa); dokument dotyczący ubezpieczenia z tytułu wykonywanej pracy, jeżeli wskazano w nim adres; kopia korespondencji urzędowej lub bankowej zawierającej dane i adres; inny wiarygodny dokument umożliwiający potwierdzenie adresu.

3. Jeżeli dokument jest wystawiony na rodzica lub opiekuna, dołącza się jego oświadczenie potwierdzające wspólne zamieszkiwanie z dzieckiem pod wskazanym adresem, zawierające imiona i nazwiska, wspólny adres, datę i podpis.

4. Dokument powinien odnosić się do adresu aktualnego na dzień kwalifikacji. Sam adres zameldowania, adres nieruchomości, miejsce pracy lub adres korespondencyjny nie przesądza o faktycznym miejscu zamieszkania. Rozbieżności Realizator wyjaśnia z osobą zgłaszającą.

5. Przedkłada się wyłącznie strony lub fragmenty dokumentu niezbędne do identyfikacji osoby i weryfikacji adresu; pozostałe dane, w szczególności o dochodach, wynagrodzeniu, rachunkach bankowych lub osobach trzecich, można zasłonić.

6. Dokumenty przekazuje się osobiście, listownie albo w sposób uzgodniony z Biurem Projektu, zapewniający poufność. Nie należy przesyłać danych osobowych w treści wiadomości SMS.

7. Jeżeli przedstawiony dokument nie pozwala potwierdzić adresu albo osoba zgłaszająca nie dysponuje żadnym z wymienionych dokumentów, Biuro Projektu wskazuje sposób uzupełnienia lub wyjaśnienia, z uwzględnieniem innych wiarygodnych dokumentów i indywidualnej sytuacji rodziny. Stosuje się zasady uzupełniania dokumentacji określone w § 9.

§ 9. Dokumenty i przebieg kwalifikacji

1. Dokumentacja rekrutacyjna obejmuje: formularz rejestracyjny zgodny z załącznikami nr 1a–1d; świadomą zgodę i oświadczenia zgodne z załącznikiem A do RPZ (załącznik nr 2); dokumentację potwierdzającą rozpoznanie MPD, dokument potwierdzający niepełnosprawność oraz dokumentację medyczną umożliwiającą ocenę kryteriów klinicznych; informację o wcześniejszym udziale w RPZ z lat 2017–2023 oraz o liczbie i terminach cykli w bieżącym RPZ i w innych komplementarnych programach finansowanych publicznie; dane potwierdzające przynależność do grupy docelowej oraz informacje o uczestniku wymagane przez załącznik nr 6 do właściwej umowy; w przypadku rodzica lub opiekuna – zgłoszenie do wsparcia w tym samym Projekcie co dziecko z potwierdzeniem statusu opiekuna faktycznego.

2. Przed zebraniem danych Realizator przekazuje informację o ich przetwarzaniu. Dokumenty medyczne przekazuje się w sposób zapewniający poufność, uzgodniony z Biurem Projektu.

3. Biuro Projektu weryfikuje kompletność dokumentów. W przypadku braków wskazuje zakres uzupełnienia i wyznacza termin nie krótszy niż 5 dni roboczych. Termin i możliwość jego przedłużenia z przyczyn uzasadnionych potrzebami kandydata stosuje się jednakowo wobec wszystkich.

4. Uzupełnienie braków w terminie nie zmienia pierwotnej daty zgłoszenia. Nieuzupełnione zgłoszenie nie stanowi podstawy przyjęcia; Realizator informuje o zakończeniu jego rozpatrywania i możliwości ponownego zgłoszenia.

5. Kwalifikację medyczną przeprowadza lekarz wyznaczony przez Realizatora, specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej albo lekarz w trakcie specjalizacji w jednej z tych dziedzin.

6. Wynik kwalifikacji dokumentuje się w karcie kwalifikacji stanowiącej załącznik nr 3, z oceną poszczególnych kryteriów, datą, danymi i podpisem lekarza oraz uzasadnieniem odmowy.

7. Osoba zgłaszająca otrzymuje informację o przyjęciu, umieszczeniu na liście rezerwowej albo odmowie zakwalifikowania wraz z przyczyną, przez uzgodniony kanał kontaktu.

§ 10. Kolejność przyjmowania i lista rezerwowa

1. Do Projektu mogą być przyjęte wyłącznie osoby spełniające wymagane kryteria.

2. Osoby uczestniczące w RPZ realizowanym w latach 2017–2023 mogą ponownie ubiegać się o udział. Pierwszeństwo zachowują osoby, które nie brały udziału w tej edycji RPZ; weryfikacja następuje na podstawie oświadczenia podpisanego przez osobę uprawnioną do wyrażenia zgody.

3. W ramach każdego Projektu i grup pierwszeństwa o kolejności przyjmowania decyduje kolejność zgłoszeń przy spełnieniu wszystkich kryteriów. Nie stosuje się dodatkowej punktacji niewynikającej z zatwierdzonych zasad Projektu. Obowiązek monitorowania udziału mieszkańców obszarów wiejskich w RMR określa § 7 ust. 8.

4. Przy jednakowej dacie wpływu o kolejności rozstrzyga: w projekcie RMR zamieszkanie na terenie wiejskim (3 obszar według DEGURBA), następnie w obu projektach nieuczestniczenie w RPZ w latach 2017–2023, a następnie kolejny numer rejestrowy.

5. Rekrutację prowadzi się do osiągnięcia limitu uczestników lub wysokości środków określonych w umowie, z uwzględnieniem możliwości zrealizowania przewidzianych świadczeń.

6. Osoby spełniające kryteria, dla których zabrakło miejsc, umieszcza się na liście rezerwowej według zasad z ust. 4. Lista nie jest publikowana w formie ujawniającej dane osobowe.

7. W razie zwolnienia miejsca Realizator kontaktuje się z kolejną osobą z listy i przed rozpoczęciem wsparcia potwierdza aktualność kryteriów i dokumentacji. Przyjęcie do jednego cyklu nie rezerwuje miejsc na kolejne cykle.

§ 11. Ponowny udział i kontynuacja

1. Ponowny udział jest możliwy po upływie co najmniej 6 miesięcy od zakończenia poprzedniego udziału, pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów włączenia oraz dostępności miejsc i środków.

2. Zgodnie z RPZ ta sama osoba może korzystać ze wsparcia maksymalnie dwa razy w roku i maksymalnie siedem razy w okresie realizacji RPZ. Do rocznego limitu wlicza się udział w innych komplementarnych programach finansowanych ze środków publicznych.

3. Zgłoszenie do kolejnego cyklu wymaga aktualizacji oświadczeń i ponownej kwalifikacji. Spełnienie kryteriów medycznych nie znosi wymagań dotyczących przerwy i limitów udziału.

4. RPZ dopuszcza kontynuację wsparcia po zakończeniu wszystkich przewidzianych dla danej osoby cykli, jeżeli jest to uzasadnione dobrem pacjenta i nie występują przeciwwskazania lekarskie.

5. W przypadku kolejnego udziału lekarz specjalista może podjąć przewidzianą w RPZ decyzję o wykorzystaniu poprzedniego badania końcowego jako badania początkowego, jeżeli zachodzą warunki określone w RPZ. Nie zastępuje to ponownej weryfikacji kryteriów włączenia.

Rozdział IV. Prawa, obowiązki i zakończenie udziału

§ 12. Prawa i obowiązki

1. Uczestnik oraz jego rodzic lub opiekun mają prawo do bezpłatnego wsparcia w zakresie Projektu, rzetelnej informacji, poszanowania godności i prywatności, dostępnej komunikacji, zgłaszania uwag, składania pisemnych odwołań od decyzji Realizatora i uzyskania pisemnej odpowiedzi. Przez cały czas trwania projektów Realizator zapewnia w Biurze Projektu pełny dostęp do dokumentacji, w tym medycznej, wytworzonej w związku z udziałem w projekcie, oraz możliwość spotkania z przedstawicielami Realizatora; potrzebę spotkania zgłasza się w recepcji.

2. Uczestnik może odstąpić od udziału na każdym etapie bez podania przyczyny. Rezygnacja nie jest obciążona karą umowną.

3. Uczestnik i osoba sprawująca nad nim opiekę zobowiązują się do: przekazywania prawdziwych i aktualnych informacji istotnych dla kwalifikacji i bezpieczeństwa; niezwłocznego informowania o zmianach stanu zdrowia, miejsca zamieszkania lub korzystaniu ze świadczeń mogących być zbieżnymi ze wsparciem Projektu; stawiania się na ustalone terminy i możliwie najwcześniejszego zgłaszania nieobecności; przestrzegania zaleceń personelu dotyczących bezpieczeństwa; potwierdzania obecności i udziału w badaniach przewidzianych w RPZ; współpracy przy monitorowaniu efektów i ocenie jakości wsparcia.

4. Uczestnik stawia się w ustalonych terminach na badania początkowe i końcowe oraz 10 sesji terapeutycznych, z zachowaniem prawa do rezygnacji i zasad bezpieczeństwa. Rodzic lub opiekun faktyczny stawia się na uzgodniony termin edukacji zdrowotnej; obowiązek stawienia się na konsultację psychologiczną dotyczy osoby, która dobrowolnie zgłosiła chęć skorzystania z tej formy wsparcia.

5. Informacje organizacyjne przekazywane przez stronę internetową lub pocztą elektroniczną nie mogą zmieniać kryteriów kwalifikacji ani ograniczać praw określonych w regulaminie.

6. Wizytę odwołuje się telefonicznie pod numerem 601 399 403, 22 468 24 47 lub 22 468 24 16 albo e-mailem na adres rehabilitacja@centrumzagorze.pl, możliwie najwcześniej, podając dane umożliwiające identyfikację uczestnika oraz termin odwoływanej wizyty. Nie wymaga się przesyłania szczegółów medycznych zwykłą pocztą elektroniczną.

§ 13. Zakończenie udziału i wyłączenie

1. Udział kończy się po udzieleniu wszystkich należnych interwencji albo wcześniej w razie: niespełniania co najmniej jednego z kryteriów włączenia; rezygnacji; nieuczestniczenia w zaplanowanej interwencji bez wcześniejszego zgłoszenia, przy czym w przypadku sesji terapeutycznych podstawą zakończenia jest nieobecność na minimum dwóch sesjach z rzędu bez wcześniejszej informacji.

2. Przed odnotowaniem zakończenia z powodu absencji Realizator weryfikuje harmonogram, obecności i otrzymane informacje oraz dokumentuje podstawę zakończenia udziału.

3. Rezygnację przyjmuje się na formularzu stanowiącym załącznik nr 4. Jeżeli nie można uzyskać pisemnej rezygnacji lub osoba odmawia jej podpisania, Realizator odnotowuje fakt rezygnacji na piśmie w dokumentacji wraz z datą i sposobem przekazania informacji. Brak pisemnego formularza nie uniemożliwia zakończenia udziału; podanie przyczyny pozostaje dobrowolne.

4. W razie stwierdzenia przeciwwskazań medycznych personel nie kontynuuje świadczeń narażających uczestnika na niebezpieczeństwo. Lekarz dokumentuje ocenę i przekazuje informację o dalszym postępowaniu.

5. Po zakończeniu udziału Realizator przekazuje informację o wynikach i zaleceniach oraz wskazuje podmioty, w których możliwe jest uzyskanie dalszej pomocy rehabilitacyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń finansowanych publicznie.

§ 14. Uwagi i odwołanie od wyniku rekrutacji

1. Uwagi dotyczące rekrutacji i realizacji świadczeń można zgłaszać osobiście, telefonicznie, listownie lub elektronicznie do Biura Projektu.

2. Kandydat lub osoba uprawniona do działania w jego imieniu ma prawo odwołać się od wyniku rekrutacji do Realizatora za pośrednictwem Biura Projektu. Odwołanie powinno identyfikować kandydata, Projekt i kwestionowany wynik oraz wskazywać okoliczności wymagające sprawdzenia. Realizator zapewnia pomoc w złożeniu odwołania.

3. Termin wniesienia odwołania wynosi 7 dni roboczych od przekazania wyniku, a termin rozpatrzenia 14 dni roboczych od jego otrzymania. Odwołanie rozpatruje osoba nieuczestnicząca w pierwotnej ocenie w zakwestionowanym zakresie; kwestie medyczne ocenia uprawniony lekarz. O konieczności uzupełnienia materiału Realizator informuje pisemnie.

4. Ponowna weryfikacja nie może prowadzić do odstąpienia od kryteriów włączenia ani zasad udziału wskazanych w RPZ, ani zastępować wymaganej kwalifikacji lekarskiej decyzją koordynatora Projektu.

5. Rozstrzygnięcie przekazuje się z uzasadnieniem, w formie pisemnej, przez uzgodniony kanał kontaktu. W razie potwierdzenia błędu koryguje się rejestr i wynik kwalifikacji, z uwzględnieniem pierwotnej daty zgłoszenia.

Rozdział V. Dokumentacja i postanowienia końcowe

§ 15. Ochrona danych i dokumentacja

1. Realizator zapewnia poufność informacji o zgłoszeniu, kwalifikacji, stanie zdrowia i udzielonym wsparciu.

2. Realizator jest samodzielnym administratorem danych przetwarzanych w związku z realizacją projektów RWS i RMR. Kontakt do inspektora ochrony danych: iod@centrumzagorze.pl.

3. Dane Realizator udostępnia innym administratorom według właściwości. Przed zebraniem danych kandydat i osoba zgłaszająca otrzymują klauzule informacyjne Realizatora, Instytucji Zarządzającej (Zarząd Województwa Mazowieckiego) i Instytucji Pośredniczącej (Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych), stanowiące załącznik nr 5. Realizator dokumentuje wykonanie obowiązku informacyjnego także w imieniu tych instytucji.

4. Dokumentację medyczną i programową prowadzi się i przechowuje zgodnie z przepisami prawa i wymaganiami Projektu. Dostęp do danych mają wyłącznie osoby i podmioty uprawnione.

5. Zgody na udział i na świadczenia oraz potwierdzenie przekazania informacji o przetwarzaniu danych nie mogą być zastępowane ogólną akceptacją strony internetowej. Udział w Projekcie nie jest uzależniony od zgody na publikację wizerunku ani wykorzystanie danych do promocji.

6. Realizator zbiera i aktualizuje dane uczestników niezbędne do potwierdzenia kwalifikowalności, monitorowania wsparcia i sprawozdawczości EFS+. Dane uczestników I i II grupy wykazywane są w odpowiednich rolach i we właściwym Projekcie, bez podwójnego wykazywania tej samej interwencji.

§ 16. Obowiązywanie regulaminu

1. Regulamin jest dostępny w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej projektu, w formie umożliwiającej zapoznanie się z jego treścią przed zgłoszeniem.

2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 18.09.2026.

3. Zmiany wymagają zatwierdzenia, wskazania daty wejścia w życie oraz udostępnienia nowej wersji. O zmianach dotyczących trwającego udziału Realizator informuje uczestników uzgodnionym kanałem kontaktu. Zmiany nie mogą być sprzeczne z RPZ ani warunkami dofinansowania; wątpliwości dotyczące RPZ wymagają wyjaśnienia z instytucją odpowiedzialną za program.

4. Przed uruchomieniem rekrutacji Realizator udostępnia komplet zatwierdzonych dokumentów: załączniki nr 1a–1d (formularze rejestracyjne); załącznik nr 2 (świadoma zgoda i oświadczenia); załącznik nr 3 (karta kwalifikacji); załącznik nr 4 (formularz rezygnacji); załącznik nr 5 (klauzula informacyjna Realizatora oraz klauzule Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczącej).

Zatwierdzono: Zagórze 17.09.2026 Kierownik Projektu dr. hab. n. med. Marcin Bonikowski

Formularz rejestracyjny do Projektu:

"Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu - edycja III dla RMR."

Imię i nazwisko: _____

Płeć: _____

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

Obywatelstwo: _____ Wykształcenie: _____

Nr tel. komórkowego: _____ Nr tel. stacjonarnego: _____

Adres poczty elektronicznej (e-mail): _____

Oświadczam, że mieszkam w województwie mazowieckim, powiat: białobrzeski / ciechanowski / garwoliński / gostyniński / grójecki / kozienicki / lipski/ łosicki / makowski / mławski / ostrołęcki / ostrowski / płocki / płoński / przasnyski / przysuski / pułtuski / radomski / siedlecki / sierpecki / sochaczewski / sokołowski / szydłowiecki / węgrowski / wyszkowski / zwoleński / żuromiński / żyrardowski *

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____, ul.: _____ nr _____ lok. _____

Czy zgłaszana osoba ma specjalne potrzeby rozwojowe: tak / nie *
orzeczenie o niepełnosprawności: tak / nie *
Czy przynależy do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie: tak / nie*
Czy posiada status migranta: tak / nie*
Czy jest osobą obcego pochodzenia: tak / nie *
Czy jest osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań: tak / nie*
Czy przynależy do grupy osób pochodzących z krajów trzecich: tak / nie*

Podpis: _____

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1b do wspólnego regulaminu rekrutacji i udziału w projektach RWS i RMR

Formularz rejestracyjny do Projektu:

"Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu - edycja III dla RWS."

Imię i nazwisko: _____

Płeć: _____

Data urodzenia: _____ PESEL:_____

Obywatelstwo:_____Wykształcenie: _____

Nr tel. komórkowego: _____ Nr tel. stacjonarnego: _____

Adres poczty elektronicznej (e-mail): _____

Oświadczam, że mieszkam w województwie mazowieckim, powiat: otwocki / wołomiński / miński / grodzki / legionowski / nowodworski / piaseczyński / pruszkowski / warszawski / warszawski zachodni *

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____, ul.: _____ nr _____ lok. _____

Czy zgłaszana osoba ma specjalne potrzeby rozwojowe: tak / nie *
orzeczenie o niepełnosprawności: tak / nie *
Czy przynależy do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie: tak / nie*
Czy posiada status migranta: tak / nie*
Czy jest osobą obcego pochodzenia: tak / nie *
Czy jest osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań: tak / nie*
Czy przynależy do grupy osób pochodzących z krajów trzecich: tak / nie*

Podpis: _____

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1c do wspólnego regulaminu rekrutacji i udziału w projektach RWS i RMR

Formularz rejestracyjny dla Opiekuna Faktycznego do Projektu:

"Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu - edycja III dla RMR."

Imię i nazwisko: _____

Płeć: _____

Data urodzenia: _____ PESEL:_____

Obywatelstwo:_____Wykształcenie: _____

Nr tel. komórkowego: _____ Nr tel. stacjonarnego: _____

Adres poczty elektronicznej (e-mail): _____

Status na rynku pracy: pracujący / bierny zawodowo / bezrobotny*

Oświadczam, że mieszkam w województwie mazowieckim, powiat: białobrzeski / ciechanowski / garwoliński / gostyniński / grójecki / kozienicki / lipski/ łosicki / makowski / mławski / ostrołęcki / ostrowski / płocki / płoński / przasnyski / przysuski / pułtuski / radomski / siedlecki / sierpecki / sochaczewski / sokołowski / szydłowiecki / węgrowski / wyszkowski / zwoleński / żuromiński / żyrardowski *

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____, ul.: _____ nr _____ lok. _____

Czy Pani / Pan ma specjalne potrzeby rozwojowe: tak / nie *
orzeczenie o niepełnosprawności: tak / nie *
Czy przynależy do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie: tak / nie*
Czy posiada status migranta: tak / nie*
Czy jest osobą obcego pochodzenia: tak / nie *
Czy jest osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań: tak / nie*
Czy przynależy do grupy osób pochodzących z krajów trzecich: tak / nie*

Podpis: _____

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1d do wspólnego regulaminu rekrutacji i udziału w projektach RWS i RMR

Formularz rejestracyjny dla Opiekuna Faktycznego do Projektu:

"Wykorzystanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i zrobotyzowanych systemów rehabilitacji w terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu - edycja III dla RWS."

Imię i nazwisko: _____

Płeć: _____

Data urodzenia: _____ PESEL:_____

Obywatelstwo:_____Wykształcenie: _____

Nr tel. komórkowego: _____ Nr tel. stacjonarnego: _____

Adres poczty elektronicznej (e-mail): _____

Status na rynku pracy: pracujący / bierny zawodowo / bezrobotny*

Oświadczam, że mieszkam w województwie mazowieckim, powiat: otwocki / wołomiński / miński / grodzki / legionowski / nowodworski / piaseczyński / pruszkowski / warszawski / warszawski zachodni *

Gmina: _____

Miejscowość: _____

Kod pocztowy: _____, ul.: _____ nr _____ lok. _____

Czy Pani / Pan ma specjalne potrzeby rozwojowe: tak / nie *
orzeczenie o niepełnosprawności: tak / nie *
Czy przynależy do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie: tak / nie*
Czy posiada status migranta: tak / nie*
Czy jest osobą obcego pochodzenia: tak / nie *
Czy jest osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań: tak / nie*
Czy przynależy do grupy osób pochodzących z krajów trzecich: tak / nie*

Podpis: _____

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do wspólnego regulaminu rekrutacji i udziału w projektach RWS i RMR

Świadoma zgoda i oświadczenie o miejscu zamieszkania*

Świadoma zgoda na udział w programie

Imię i nazwisko dziecka	
Imię/-na i nazwisko/-a opiekuna/-ów faktycznego/-ych	

W rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581) wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/mojego podopiecznego w „Regionalnym Programie Zdrowotnym w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego" (dalej zwanym „programem").

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

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Funduszy Europejskich dla Mazowsza, a udział w nim jest bezpłatny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział ww. dziecka w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że ww. dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie bierze udziału w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych, np. Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oświadczam, że ww. osoby mieszkają na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Oświadczam, że do Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego aplikuję po raz pierwszy / zakończyłam(em) udział minimum 6 miesięcy wcześniej*.

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.

Data	Podpis rodzica / opiekuna faktycznego uczestnika

Oryginał / kopia*

** Niepotrzebne skreślić.*

** Miejsce zamieszkania — należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC), miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów). O miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.*

Załącznik nr 3 do wspólnego regulaminu rekrutacji i udziału w projektach RWS i RMR

KARTA KWALIFIKACJI

Projekt: ☐ RWS – FEMA.08.05-IP.01-0AZ8/25-00 ☐ RMR – FEMA.08.05-IP.01-0BDN/25-00

Realizator: Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o., Zagórze 10, 05-462 Wiązowna.

A. Dane i weryfikacja formalna

Nr zgłoszenia: ..... Data wpływu: ..... Data kwalifikacji: .....

Dziecko: ..... Data urodzenia: .....

Rodzic / opiekun faktyczny: .....

Adres zamieszkania, gmina, powiat: .....

T = spełnione / potwierdzone; N = niespełnione lub brak; W = wymaga wyjaśnienia.

Lp.	Warunek	Ocena
1	Wiek: ukończone 5 lat i nieukończone 18 lat w dniu kwalifikacji.	☐ T ☐ N ☐ W
2	Zamieszkanie na obszarze właściwego projektu (RWS albo RMR), potwierdzone dokumentem.	☐ T ☐ N ☐ W
3	Formularz zgłoszeniowy oraz świadoma zgoda zgodna z załącznikiem A do RPZ.	☐ T ☐ N ☐ W
4	Oświadczenie o braku zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych.	☐ T ☐ N ☐ W
5	Oświadczenie: ☐ pierwsze zgłoszenie ☐ udział zakończony min. 6 miesięcy wcześniej, dnia:	☐ T ☐ N ☐ W
6	Limity RPZ zachowane: maks. 2 udziały w roku i 7 w programie. Cykl nr: ..... /	☐ T ☐ N ☐ W
7	Dokument potwierdzający niepełnosprawność i dane do monitorowania EFS+.	☐ T ☐ N ☐ W

B. Kwalifikacja medyczna – wypełnia lekarz

Kryteria zgodne z RPZ. Przy kryteriach ujętych jako „brak" odpowiedź T oznacza brak przeciwwskazania.

Lp.	Kryterium	Ocena
1	Rozpoznane MPD potwierdzone w dokumentacji i badaniu.	☐ T ☐ N ☐ W
2	Poziom I–IV według GMFCS. Ustalony poziom:	☐ T ☐ N ☐ W
3	Chodzenie z pomocami ortopedycznymi (kule, trójnogi, balkonik, łuski) lub z asystą drugiej osoby.	☐ T ☐ N ☐ W
4	Przejście minimum 4 m samodzielnie z ww. pomocami lub trzymając za rękę osobę towarzyszącą.	☐ T ☐ N ☐ W
5	Rozumienie poleceń terapeuty i sygnalizowanie bólu, dyskomfortu oraz potrzeb fizjologicznych.	☐ T ☐ N ☐ W
6	Brak aktywnej padaczki lekoopornej.	☐ T ☐ N ☐ W

Lp.	Kryterium	Ocena
7	Dysproporcja długości kończyn dolnych nie większa niż 2 cm. Różnica: ..... cm.	☐ T ☐ N ☐ W
8	Brak utrwalonych przykurczów i/lub deformacji kostno-stawowych.	☐ T ☐ N ☐ W
9	Brak niestabilności kostno-stawowych uniemożliwiających trening (zwichnięcia, złamania, osteoporoza).	☐ T ☐ N ☐ W
10	Brak zmian zapalnych i/lub otwartych uszkodzeń skóry tułowia i kończyn dolnych.	☐ T ☐ N ☐ W
11	Brak przeciwwskazań do treningu na bieżni (np. choroby układu krążenia lub oddechowego).	☐ T ☐ N ☐ W

Uzasadnienie ocen N lub W, istotne ustalenia: .....

.....

Wynik medyczny: ☐ spełnia kryteria ☐ nie spełnia kryteriów ☐ ocena niezakończona

Lekarz (imię, nazwisko, PWZ, dziedzina), data i podpis: .....

.....

C. Wynik kwalifikacji

☐ Przyjęcie do projektu ☐ Lista rezerwowa, pozycja: ..... ☐ Odmowa ☐ Wezwanie do uzupełnienia

Uzasadnienie i podstawa (paragraf regulaminu): .....

.....

Wynik przekazano dnia: ..... wraz z informacją o prawie odwołania: ☐ tak ☐ nie dotyczy

Osoba zatwierdzająca, data i podpis: .....

Wzór do zatwierdzenia wraz z regulaminem. Karta nie zastępuje badania początkowego ani indywidualnego planu terapii.

Załącznik 4 Pisemna rezygnacja z dalszego uczestnictwa w programie

.....

Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka w Regionalnym Programie Zdrowotnym w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego.

Powodem rezygnacji jest**:

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis opiekuna uczestnika

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nieobowiązkowe

Załącznik nr 5: klauzula informacyjna Realizatora oraz klauzule Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczącej

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, iż:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest
   Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu,
   adres: **05-462 Wiązowna.**
2. W Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu jest powołany Inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować:
   Inspektor Ochrony Danych,
   iod@centrumzagorze.pl
   Zagórze k. Warszawy, 05-462 Wiązowna
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: realizacji procesu leczenia na podstawie: Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dane są nie-zbędne do zapewnienia ciągłości procesu leczenia oraz podmioty posiadające uprawnienia do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom.
5. Dane osobowe Pani/Pana nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Jednak w przypadku zaistnienia potrzeb przekazywania takich danych, ma Pani/Pan do uzyskania informacji o podstawie prawnej takiego działania oraz może Pani/Pan uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w szczególnych przepisach prawa dotyczących przechowywania i archiwizowania dokumentacji będącej własnością Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność

z prawem przetwarzania (o ile odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jego cofnięciem.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadrzędnego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest: wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiąza-na (-zany) do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji procesu leczenia.
10. Administrator danych nie stosuje profilowania i nie podejmuje zautomatyzowanych decyzji opartych na profilowaniu.

Klauzula informacyjna Instytucji Zarządzającej

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 RODO1), w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-20272), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

1. Administrator

Odrębnym administratorem Państwa danych jest Zarząd Województwa Mazowieckiego będący Instytucją Zarządzającą Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 26, 00-926 Warszawa.

2. Cel przetwarzania danych

1) dane osobowe będą przetwarzać w związku z realizacją FEM 2021-2027, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników;
2) podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

3. Podstawa przetwarzania

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że:
Zobowiązuje nas do tego **prawo** (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g):

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 159, z późn. zm.);

[1)] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

[2)] Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U. poz. 1079 oraz z 2024 r. poz. 1717), zwana dalej „ustawą wdrożeniową".

2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);
3) ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93.

4. Sposób pozyskiwania danych

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

5. Dostęp do danych osobowych

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

1) podmiotom, którym zleciliśmy wykonywanie zadań w ramach FEM 2021-2027;
2) organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych;
3) podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym;
4) innym podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa.

6. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 2.

7. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO);
2) prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO);
3) prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO;
4) prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO);
5) prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany3;
6) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

9. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

[3)] Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

10. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Instytucję Zarządzającą FEM 2021-2027, prosimy kontaktować się pod adresem: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. (22) 5979-100, email: urzad_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP, e-Doręczenia.. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych (IOD), z którym można skontaktować się pod adresem e-mail: iod@mazovia.pl.

Klauzula informacyjna Instytucji Pośredniczącej

W celu wykonania obowiązku nałożonego art. 13 i 14 RODO4), w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-20275), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

11. Administrator

Odrębnym administratorem Państwa danych jest Instytucja Pośrednicząca Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, tj. Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych z siedzibą przy ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa.

12. Cel przetwarzania danych

3) dane osobowe będą przetwarzać w związku z realizacją FEM 2021-2027, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników;
4) podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

13. Podstawa przetwarzania

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z tym, że:
Zobowiązuje nas do tego **prawo** (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g):

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 159, z późn. zm.);
2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);

---

[4] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

[5] Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz.U., poz. 1079 oraz z 2024 r. poz. 1717), zwana dalej „ustawą wdrożeniową".

3) ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93.

14. Sposób pozyskiwania danych

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od wnioskodawców, beneficjentów, partnerów.

15. Dostęp do danych osobowych

Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora. Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

5) podmiotom, którym zleciliśmy wykonywanie zadań w ramach FEM 2021-2027;
6) organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych;
7) podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym;
8) innym podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa.

16. Okres przechowywania danych

Dane osobowe są przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w punkcie 2.

17. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

7) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art. 15 RODO);
8) prawo do sprostowania swoich danych (art. 16 RODO);
9) prawo do usunięcia swoich danych (art. 17 RODO) - jeśli nie zaistniały okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 3 RODO;
10) prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania swoich danych (art. 18 RODO);
11) prawo do przenoszenia swoich danych (art. 20 RODO) - jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie umowy: w celu jej zawarcia lub realizacji (w myśl art. 6 ust. 1 lit. b RODO), oraz w sposób zautomatyzowany6;
12) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 RODO) - w przypadku, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO lub inne krajowe przepisy regulujące kwestię ochrony danych osobowych, obowiązujące w Polsce.

18. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

19. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

20. Kontakt z administratorem danych i Inspektorem Ochrony Danych

[6] Do automatyzacji procesu przetwarzania danych osobowych wystarczy, że dane te są zapisane na dysku komputera.

Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania przez Instytucję Pośredniczącą tj. Mazowiecką Jednostkę Wdrażania Programów Unijnych w ramach FEM 2021-2027, prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) w następujący sposób: pocztą tradycyjną na adres: ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa, elektronicznie: na adres e-mail: iod@mazowia.eu.