**Załącznik**

**do Regulaminu Organizacyjnego**

 **DDOM w Pierzchnicy**

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

(data wpływu formularza)

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**W DZIENNYM DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY**

1. Projekt **DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY** współfinansowanyze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi 9 Włączenie społeczne
i walka z **ubóstwem 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych,** na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPSW.09.02.03-26-0005/20-00 z dnia 27 lipca 2020 r.

**INFORMACJE O KANDYDACIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I. | Dane osobowe | Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |  |
| PESEL |  |
| Wiek |  |
| II. | Adres zamieszkania | Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| III. | Dane kontaktowe | Telefon kontaktowy |  |
| E-mail |  |
| IV. | Wykształcenie (proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji) | wyższe |  |
| średnie |  |
| zawodowe  |  |
|  |  | podstawowe  |  |
| V. | Status uczestnika projektu z chwilą przystąpienia do projektu |  | TAK | NIE |
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowychlub etniczne, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |  |
| 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  |  |  |
| 3. Osoba posiadająca stopień niepełnosprawności |  |  |
| 4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) |  |  |
| VI | Kandydat jest osobą: | **bezpośrednio po przebytej hospitalizacji**, którego stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej; |  |  |
| u którego **występuje ryzyko hospitalizowania** w najbliższym czasie (*informacja lekarza na załączniku nr* 2) |  |  |
| któremu **w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego** |  |  |
| VII | Dane członka rodziny(do kontaktu) osoby ubiegającej się o zakwalifikowanie do udziału w projekcie | Imię i nazwisko: |  |
| Adres: |  |
| Stopień pokrewieństwa: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
|  |  | Adres e-mail: |  |

1. Deklaruję wolę uczestnictwa w projekcie **DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ
W PIERZCHNICY** i oświadczam, że spełniam kryteria wymagane do udziału w projekcie.
2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin organizacji Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuje się przestrzegać jego postanowień.
3. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję wolę uczestnictwa
w poszczególnych działaniach projektu.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt **DDOM** jest współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny Poddziałanie 9.2.3. „Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych”
5. Zobowiązuję się do przedstawienia na etapie rekrutacji do wglądu dokumentu potwierdzającego moją tożsamość, jak również dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów kwalifikowalności do udziału w Projekcie (orzeczenie o stopniu niepełnosprawnosci, karta informacyjna/ wypis ze szpitala itp.)
6. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszej deklaracji rekrutacyjnym informacje są prawdziwe.

…………………………………………… ………………………………………………

 (Data ) (podpis osoby starającej się o udział w projekcie)

*Wypełnia Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta i Fundacja „Dom Seniora im. Sue Ryder” w Pierzchnicy*

 **DECYZJA REKRUTACYJNA :**

Kandydat spełnia/ nie spełnia \* kryteria obowiązkowe.

Kandydat spełnia/ nie spełnia \* kryteria dodatkowe

Liczba uzyskanych punków z kryteriów dodatkowych............

Kandydat został/ nie został \* zakwalifikowany do udziału w projekcie.

Kandydat został/ nie został \* umieszczony na liście rezerwowej.

Data ….........................................

Podpis Osoby Upoważnionej przez Partnera Projektu ………………………………………..

Podpis Koordynatora Projektu ……………………………………………………………………………

Podpis Kierownika Projektu ……………………………………………………………………………….

***Załączniki do formularza:***

1. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej.

2. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej

 w Pierzchnicy.

3. Informacja uczestnika Projektu.

4. Oświadczenie dotyczące RODO.

**Załącznik nr 1**

***SKIEROWANIE DO***

***DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY***

**Niniejszym kieruję:**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

…………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy :

…………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania): ……………………..……………………………………………………………………………………

Nr telefonu do kontaktu ………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku –numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca ........................................................

– **do dziennego domu opieki medycznej**.

 …………………………… …………………………………………………………….

Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego,

w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
 wykonuje zawód w tym podmiocie.

**Załącznik nr 2**

***KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY***

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel** 1)

…….............................................................................................................

(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

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

(Adres zamieszkania)

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Czynność 2) | Wynik 3) |
| 1 | Spożywanie posiłków:0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety10 - samodzielny, niezależny |  |
| 2 | Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna15 - samodzielny |  |
| 3 | Utrzymywanie higieny osobistej:0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4 | Korzystanie z toalety (WC)  0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się |  |
| 5 | Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny5 - niezależny lub pod prysznicem |  |
| 6 | Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m |  |
| 7 | Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny |  |
| 8 | Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp |  |
| 9 | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw  5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje stolec |  |
| 10 | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)10 - panuje, utrzymuje moc |  |
|  | Wynik kwalifikacji 4) |  |

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 1) skierowania do dziennego domu opieki medycznej

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

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

………………………………………………………………… ………………………………………………………….

 data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

1. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61.

 Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
W przypadku **występowania u pacjenta ryzyka hospitalizowania** w najbliższym czasie prosimy
o zamieszczenie informacji w tym zakresie przez lekarza kierującego do dziennego domu opieki medycznej w załączniku
nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego w części „Wynik oceny stanu zdrowia”.

1. W lp. 1 - 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
2. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
3. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

**Załącznik nr 3**

***INFORMACJA UCZESTNIKA PROJEKTU***

 Ja ( imię i nazwisko)……………………………………………………………………………

oświadczam,

1. że **nie jestem** **wyłączony z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej** w Pierzchnicy; nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej
z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej,
w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
* podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
1. oświadczam, że **posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** na zasadach określonych
w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. Oświadczam, iż nie jestem uczestnikiem innych projektów i nie korzystam z form wsparcia współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

 …………………… …………………………………………………..

 (Data ) (podpis osoby starającej się o udział w projekcie)

**Załącznik nr 4**

 **Załącznik nr 6 do umowy –** Oświadczenia uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce*;*
	2. administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
	3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
1. udzielenia wsparcia,
2. potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
3. monitoringu,
4. ewaluacji,
5. kontroli,
6. audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
7. sprawozdawczości,
8. rozliczenia projektu,
9. zachowania trwałości projektu,
10. archiwizacji.
	1. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki,
	o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
	2. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt **Fundacja ”Dom Seniora im. Sue Ryder”
	w Pierzchnicy**, **ul. Szkolna 36, 26-015 Pierzchnica** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta, ul. Sienna 5, 25- 725.** Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione

firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;

* 1. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów
	o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postepowań administracyjnych.
	2. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
	3. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
	4. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu **Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
	5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

1. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)