

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

UWAGA!

Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza Rekrutacyjnego do Projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Przemysłu”.

Formularz Rekrutacyjny do Projektu należy wypełnić w sposób czytelny.

Tytuł Projektu:	„DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W PRZEMYSŁU”
Nazwa Programu Operacyjnego:	Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020
Numer projektu:	RPPK.08.03.00-18-0006/18
Oś priorytetowa	VIII Integracja Społeczna
Działanie:	8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Informacje wypełniane przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej

Data wpływu:		Podpis osoby przyjmującej formularz:	
Numer formularza rekrutacyjnego:			

CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)

1.	Imię		2.	Nazwisko	
3.	PESEL		4.	Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
5.	Telefon kontaktowy		6.	Adres e-mail	

CZĘŚĆ II: WERYFIKACJA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA PRZEZ KANDYDATA/KANDYDATKĘ KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI¹ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

(proszę zaznaczyć znakiem „x” w odpowiedniej kratce)

1.	Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną ²	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
----	--	---

2.	Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Miasta Przemyśl³ (województwo podkarpackie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3.	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.).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4.	Oświadczam, że jestem pacjentem:	<input type="checkbox"/> bezpośrednio po przebytej hospitalizacji , którego stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, 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; <input type="checkbox"/> u którego występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie ⁴ ; <input type="checkbox"/> któremu w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
5.	Oświadczam, że:	<input type="checkbox"/> nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach: <ul style="list-style-type: none"> • opieki długoterminowej, • opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz • rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, <input type="checkbox"/> podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką (w ramach DDOM) nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).
CZĘŚĆ III: SPECJALNE POTRZEBY POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)		
Jakie usługi dostępnościowe musimy zapewnić żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo?		<input type="checkbox"/> tłumacz języka migowego <input type="checkbox"/> asystent <input type="checkbox"/> pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> nie potrzebuję usług dostępnościowych <input type="checkbox"/> inne:

CZĘŚĆ IV: OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie pt. **„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Przemyślu”** zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu, spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone ww. Regulaminie.
2. **Zostałem/zostałam** poinformowany/poinformowana, że:
 - Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, (VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych),
 - **Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
3. **Wyrażam wolę** dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. **„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Przemyślu”** oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. **Akceptuję fakt**, że złożenie przeze mnie Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę **wnosił/wnosiła** żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu – Caritas Archidiecezji Przemyskiej ul. Kapitulna 1, Przemyśl 37-700.
5. **Zostałem/zostałam** poinformowany/poinformowana o możliwości przyszłego wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym.
6. **Zobowiązuję się** do przedstawienia na etapie rekrutacji do wglądu dokumentu potwierdzającego moją tożsamość, jak również dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów kwalifikowalności do udziału w Projekcie.
7. Wypełnienie i złożenie niniejszego formularza **stanowi zgodę na przetwarzanie zawartych powyżej oraz w załącznikach do Formularza Rekrutacyjnego danych osobowych**, zgodnie z przepisami z art. 13 i art. 14 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) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO” lub Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej ul. Kapitulna 1, Przemyśl 37-700 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do Projektu pt. **„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Przemyślu”**.
8. **Wyrażam zgodę** na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki⁵

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym i załącznikach do Formularza Rekrutacyjnego są zgodne z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Do formularza załączam:

1. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu.

2. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej sporządzaną z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel).

¹ Beneficjent zastrzega sobie **prawo do zweryfikowania wiarygodności informacji** podanych w Formularzu Rekrutacyjnym wraz z załącznikami oraz w dokumentach dotyczących udziału w Projekcie poprzez:

- sprawdzenie ich w odpowiednich instytucjach;
- zobowiązanie Uczestników/Uczestniczki Projektu do przedłożenia stosownych dokumentów, tj. np. karta informacyjna/wypis ze szpitala, zaświadczenie lekarskie potwierdzające występowanie ryzyka hospitalizowania pacjenta w najbliższym czasie, itp.

² **Osoba niesamodzielna** – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest Skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu.

Wskazany status osoby niesamodzielnej powinien wynikać z informacji zawartych w załączniku nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego „Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do dziennego domu opieki medycznej”, przy czym wsparciem w ramach Projektu pt. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Przemyślu” mogą zostać objęte wyłącznie osoby, które w ocenie skalą poziomu samodzielności (Skala Barthel) otrzymały 40-65 punktów.

³ **Miejsce zamieszkania** w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu.

⁴ 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”.

⁵ Formularz Rekrutacyjny w miejscach do tego oznaczonych powinien być **czytelnie podpisany** przez Kandydata/Kandydatkę, a w sytuacji gdy Kandydat/Kandydatka nie posiadają zdolności do czynności prawnych - przez jego/jej opiekuna prawnego.