**ZAŁĄCZNIK NR 1** DO

*REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO*

*DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W GŁOGOWIE*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

***UWAGA!***

Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza Rekrutacyjnego do Projektu należy zapoznać się z REGULAMINEM ORGANIZACYJNYM DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W GŁOGOWIE

Formularz Rekrutacyjny do Projektu należy wypełnić w sposób czytelny.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tytuł Projektu: | | **Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej przy**  **Głogowskim Szpitalu Powiatowym sp. z o.o.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa Programu Operacyjnego: | | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego  na lata 2014-2020** | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer projektu: | | **RPDS.09.03.00-02-0019/20** | | | | | | | | | | | | | | |
| Oś priorytetowa | | **9 Włączenie społeczne** | | | | | | | | | | | | | | |
| Działanie: | | **9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacje wypełniane przez Głogowski Szpital Powiatowy sp. z o.o.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □ Kobieta □ Mężczyzna | |
| 5. | Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | 6. | wiek |  | |
| 7. | Wykształcenie | □ **niższe niż podstawowe**  □ **podstawowe**  □ **gimnazjalne**  □ **ponadgimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, technikum,  liceum profilowe, zasadniczą szkołę zawodową, uzupełniające  liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające)  □ **policealne** (dotyczy osób, które ukończyły szkoły policealne)  □ **wyższe** (dotyczy osób, które uzyskały tytuł zawodowy licencjata, magistra  lub stopień naukowy doktora) | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II: ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)** | | | | | |
| 1. | Województwo |  | | | |
| 2. | Powiat |  | | | |
| 3. | Gmina |  | | | |
| 4. | Miejscowość |  | | | |
| 5. | Ulica |  | | Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| 6. | Kod pocztowy |  | | | |
| 8. | Telefon kontaktowy |  | | | |
| 9. | Adres e-mail |  | | | |
| **CZĘŚĆ III: WERYFIKACJA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA PRZEZ KANDYDATA/KANDYDATKĘ KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE/ OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI**  *(proszę zaznaczyć znakiem „x” w odpowiedniej kratce)* | | | | | |
| 1. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu :   * Bezrobotna/y niezarejestrowana/y * Bezrobotna/y zarejestrowana/y w PUP * Bierna/y zawodowo * Pracująca/y | □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie | | | |
| 2. | **Jestem osobą z niepełnosprawnością** | □ Tak □ Nie □ Odmawiam podania danych | | | |
| 3. | Jestem osobą należącą do **mniejszości narodowej** lub **etniczne**j, **migrantem**, osobą **obcego pochodzenia** | □ Tak □ Nie □ Odmawiam podania danych | | | |
| 4. | Jestem osobą **w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** | □ Tak □ Nie □ Odmawiam podania danych | | | |
| 5. | Jestem osobą **bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | □ Tak □ Nie | | | |
| 6. | Oświadczam, że jestem osobą **potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, której stan zdrowia nie pozwala na pozostawienie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**, a jednocześnie nie wymagającą całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym | □ Tak □ Nie | | | |
| 7. | 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 | □ Tak □ Nie | | | |
| 8. | Oświadczam, że jestem osobą **wymagającą** ze względu na stan zdrowia **świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia**, lecz niewymagająca hospitalizacji w oddziale szpitalnym | □ Tak □ Nie | | | |
| 9. | Oświadczam, że jestem osobą **zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.**  Zgodnie z Regulaminem Konkursu definicja osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym to:  **a)** osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  **b)** osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym  **c)** osoba przebywająca w pieczy zastępczej (w tym również osoba przebywająca w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej) lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej  **d)** osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich  **e)** osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty  **f)** osoba z niepełnosprawnością – osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu „Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020” lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020”  **g)** członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością  **h)** osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  **i)** osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”  **j)** osoba odbywająca karę pozbawienia wolności  **k)** osoba korzystająca z PO PŻ | □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie  □ Tak □ Nie | | | |
| 10. | Oświadczam, że jestem pacjentem: | * **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 **potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.** * u którego **występuje ryzyko hospitalizowania** w najbliższym czasie**[[[1]](#endnote-2)]** * któremu **w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego** (dołączyć kartę informacyjną z leczenia szpitalnego)**[2]** | | | |
| 11. | Oświadczam, że: | * **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 DDOM) **nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie** (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień). | | | |
| 12. | Oświadczam, że: | | * **posiadam orzeczenie** o niepełnosprawności **[3]** * **nie posiadam orzeczenia** o niepełnosprawności | | |
| 13 | Jestem osoba niesamodzielną | | □ Tak □ Nie | | |
| **CZĘŚĆ IV: SPECJALNE POTRZEBY POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/**  **KANDYDATKI)** | | | | | |
| Jakie usługi dostępnościowe powinniśmy zapewnić żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo? | | * tłumacz języka migowego * asystent * pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami * nie potrzebuję usług dostępnościowych * inne: …………………………………………………………………………   …………………………………………………………………………………….. | | | |
| **CZĘŚĆ VI: OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI** | | | | | |
| Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:   1. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie pt. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej przy Głogowskim Szpitalu Powiatowym sp. z o.o.” zawartymi w Regulaminie organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej w Głogowie i akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone ww. Regulaminie. 2. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że:  * Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020, * Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  1. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza Rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/wnosiła żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu - Głogowskiego Szpitala Powiatowego sp. z o.o. , ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów. 2. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości przyszłego wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym 3. Zobowiązuję się do przedstawienia na etapie rekrutacji do wglądu dokumentu potwierdzającego moją tożsamość, jak również innych dokumentów, które poświadczą dane podane przeze mnie w formularzu (na wezwanie Beneficjenta). 4. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną ( e-mail). 5. Przyjmuję do wiadomości, iż Beneficjent w przypadku wątpliwości zastrzega sobie **prawo do zweryfikowania wiarygodności informacji** podanych w Formularzu Rekrutacyjnym wraz z załącznikami oraz w dokumentach dotyczących udziału w Projekcie poprzez m.in.:  * sprawdzenie ich w odpowiednich instytucjach, * zobowiązanie Uczestnika/Uczestniczki Projektu do przedłożenia stosownych dokumentów.   ……………………………………………….  DATA I CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI  Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenia 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 rekrutacyjnego 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**. (Załącznik nr 2)**

**2. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej** sporządzaną z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel) (**Załącznik nr 3**)

**3.** Obowiązek informacyjny **RODO** (**Załącznik nr 4)**

**4. Deklaracja uczestnictwa w projekcie ( Załącznik nr 5)**

**5. Zgoda i zobowiązanie rodziny** do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu **( Załącznik nr 6)**

1. **[1]** W przypadku **występowania u pacjenta ryzyka hospitalizowania** prosimy o zamieszczenie informacji w tym zakresie przez lekarza kierującego do dziennego domu opieki medycznej w załączniku **nr 3 do Formularza Rekrutacyjnego w części „Wynik oceny stanu zdrowia”.**

   **[2]** W przypadku gdy **w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego** prosimy dołączyć kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

   **[3]**Kopię Orzeczenia o niepełnosprawności należy dołączyć do formularza rekrutacyjnego. [↑](#endnote-ref-2)