



Załącznik nr1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

I. INFORMACJE O PROJEKCIE

Tytuł projektu	„ZESPÓŁ MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ 2”
Nr projektu	RPSW.09.02.03-26-0015/18
Program Operacyjny Fundusz UE	Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny
Priorytet:	Oś IX Wyłączenie społeczne i walka z ubóstwem
Działanie:	Działanie 1.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych
Beneficjent:	Centrum Medyczne ZDROWIE Sp. zo.o. Sp.kom ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce

II. DANE KANDYDATA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

CHORY / OSOBA ZALEŻNA	
Imię (imiona):	
Nazwisko	
Miejsce zamieszkania	Miejscowość: Ulica: Poczta:
OPIEKUN / OPIEKUNKA OSOBY ZALEŻNEJ	
Imię (imiona):	
Nazwisko	
Miejsce zamieszkania <i>(jeśli jest inne niż chorego)</i>	Miejscowość: Ulica: Poczta:

III. DANE KONTAKTOWE (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Numer telefonu kontaktowego:	
Adres e-mail:	
Adres do korespondencji	

IV. KRYTERIA REKRUTACJI DO PROJEKTU

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie ¹	
KRYTERIA FORMALNE dla chorego i opiekuna	Miejsce zamieszkania chorego i opiekuna	Województwo Świętokrzyskie <input type="checkbox"/> Ostrowiec Świętokrzyski <input type="checkbox"/> Skarżysko-Kamienna <input type="checkbox"/> Starachowice
	Niesamodzielnosc chorego UWAGA! Do formularza należy dołączyć skierowanie lekarza POZ do objęcia opieką długoterminową domową	Ocena w skali BARTHEL <input type="checkbox"/> Poniżej 40 punktów
	Ja niżej podpisany (<i>imię i nazwisko opiekuna</i>) jako opiekun (<i>imię i nazwisko chorego</i>) oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną. <div style="text-align: right;">..... Czytelny podpis opiekuna</div>	
Brak któregokolwiek z powyższych kryteriów będzie skutkował brakiem możliwości udzielenia wsparcia w projekcie.		
KRYTERIA PUNKTOWE dla chorego i opiekuna	Osoba niesamodzielną/niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Opiekun/opiekunka	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Orzeczenie o niepełnosprawności UWAGA! Do formularza należy dołączyć stosowne zaświadczenie lub kopię dokumentu	<input type="checkbox"/> Umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Znaczny stopień niepełnosprawności
	Stan zdrowia opiekuna UWAGA! Do formularza należy dołączyć zaświadczenie lekarza	<input type="checkbox"/> zły - stałe leczenie powyżej 6m-cy <input type="checkbox"/> przeciętny - doraźne dolegliwości przejściowe <input type="checkbox"/> dobry
KRYTERIA PUNKTOWE dla opiekuna	Stopień przygotowania opiekuna do opieki nad osobami niesamodzielnymi Niniejszym oświadczam, że sprawując opiekę nad osobą niesamodzielną posiadam następujące przygotowanie w tym zakresie:	UWAGA! Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję. <input type="checkbox"/> przygotowanie medyczne, ukończone kursy specjalistyczne, <input type="checkbox"/> instruktaż pielęgniarstwa środowiskowej, <input type="checkbox"/> brak przygotowania formalnego/formalnej wiedzy, bazuję tylko na własnym doświadczeniu życiowym

¹ W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione.



	<p>Niniejszym oświadczam, że jako opiekun osoby niesamodzielnej/niepełnosprawnej jestem / nie jestem (<i>niepotrzebne skreślić</i>) zagrożony/zagrożona wykluczeniem społecznym lub ubóstwem.</p> <p style="text-align: right;">..... Czytelny podpis opiekuna</p>	
KRYTERIA PUNKTOWE dla chorego	<p>Niesamodzielność chorego wg skali BARTHEL potwierdzona skierowaniem lekarza/pielęgniarki POZ</p>	<input type="checkbox"/> ocena w skali BARTHEL do 20p <input type="checkbox"/> ocena w skali BARTHEL od 21p do 40p
	<p>Leczenie w warunkach szpitalnych w ciągu 30 dni poprzedzających zgłoszenie do projektu</p> <p>UWAGA! Do formularza należy dołączyć zaświadczenie/wypis ze szpitala (kopia dokumentu)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Korzystanie z pielęgniarskiej opieki długoterminowej lub opieki środowiskowej przez ostatni rok</p>	<input type="checkbox"/> powyżej 9 m-cy <input type="checkbox"/> od 6 do 9 m-cy <input type="checkbox"/> od 3 do 6 m-cy <input type="checkbox"/> do 3 m-cy <input type="checkbox"/> w ogóle
	<p>Chorzy na chorobę Alzheimera lub zespół otępienny UWAGA! Do formularza należy dołączyć zaświadczenie lekarza lub rozpoznanie w skierowaniu do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

- Niniejszym zgłaszam nasze uczestnictwo w wyżej wymienionym projekcie i potwierdzam to złożonym poniżej podpisem.
- Oświadczam, że chory/osoba niesamodzielna/osoba niepełnosprawna oraz jego opiekun/opiekunka nie korzysta z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS.
- Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z Regulaminem projektu i spełniam określone w nim kryteria uprawniające do udziału w projekcie.
- Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody²** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do projektu.
Jestem świadomy/świadoma faktu, że:
 - podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w postępowaniu rekrutacyjnym,

2 niepotrzebne skreślić



- 2) odmowa zgody na przetwarzanie danych osobowych jest równoznaczna z brakiem rozpatrywania zgłoszenia kandydata do projektu,
 - 3) dane osobowe będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody,
 - 4) dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji do projektu,
 - 5) dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji procesu rekrutacji do projektu oraz przez okres przechowania tego typu dokumentacji, który wynika z odrębnych przepisów,
 - 6) odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa oraz podmioty, z którymi administrator zawrze stosowne umowy w zakresie realizacji usług zewnętrznych wiążących się z przetwarzaniem danych osobowych,
 - 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - 8) posiada Pani/Pan prawo do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych osobowych; wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych w oparciu o tę podstawę, które nastąpiło przed jej wycofaniem; wycofanie zgody musi mieć formę pisemną.
 - 9) przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
 - 10) w przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych może Pan/Pani skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pisząc na adres e-mail: ido@zdrowie.kielce.com
6. Zostałem/zostałam uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

..... r

Miejscowość i data

.....

(Czytelny podpis kandydata do projektu*)

*-KANDYDAT to osoba zależna i jej opiekun, proszę o podpisanie dokumentu przez obie osoby. Jeśli z uwagi na stan zdrowia chorego nie jest to możliwe, dokument podpisuje tylko opiekun/opiekunka