



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

I. INFORMACJE O PROJEKCIE

| | |
|-------------------------------|---|
| Tytuł projektu | „ZESPOŁY MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ W REGIONIE ŚWIĘTOKRZYSKIM” |
| Nr projektu | RPSW.09.02.03-26-0016/19 |
| Program Operacyjny Fundusz UE | Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny |
| Priorytet: Działanie: | Oś IX Wyłączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych |
| Beneficjent: | Centrum Medyczne ZDROWIE Sp. z o.o. Sp. k. ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce |

II. DANE KANDYDATA (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

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

III. DANE KONTAKTOWE (PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

| | |
|------------------------------|--|
| Numer telefonu kontaktowego: | |
| Adres e-mail: | |



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 | Województwo Świętokrzyskie Powiat: Gmina: |
| | Miejsce zamieszkania OPIEKUNA | Województwo Świętokrzyskie Powiat: Gmina: |
| | 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. Czytelny podpis opiekuna | |
| BRAK KTÓREGOKOLWIEK Z POWYŻSZYCH KRYTERIÓW BĘDZIE SKUTKOWAŁ BRAKIEM MOŻLIWOŚCI UDZIELENIA WSPARCIA W PROJEKCIE. | | |
| KRYTERIA PUNKTOWE dla chorego i opiekuna | Osoba niesamodzielną/niepełnosprawna | <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 | UWAGA! Proszę zaznaczyć tylko jedną opcję. <input type="checkbox"/> przygotowanie medyczne, ukończone kursy specjalistyczne, <input type="checkbox"/> instruktaż pielęgniarstwa środowiskowej, |

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



| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| | posiadam następujące przygotowanie w tym zakresie: | <input type="checkbox"/> brak wiedzy, bazuję tylko na własnym doświadczeniu życiowym |
| KRYTERIA PUNKTOWE dla chorego | Niesamodzielność chorego wg skali BARTHEL potwierdzona skierowaniem lekarza/ pielęgniarki POZ | <input type="checkbox"/> ocena w skali BARTHEL do 40p |
| | Leczenie w warunkach szpitalnych w ciągu 30 dni poprzedzających zgłoszenie do projektu UWAGA! Do formularza należy dołączyć zaświadczenie/wypis ze szpitala (kopia dokumentu) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | Korzystanie z pielęgniarskiej opieki długoterminowej lub opieki środowiskowej przez ostatni rok | <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 |
| | Chorzy na chorobę Alzheimera lub zespół otępienny UWAGA! Do formularza należy dołączyć zaświadczenie lekarza lub rozpoznanie w skierowaniu do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

V. WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA

| | |
|--------------------------|--|
| DLA CHOREGO / CHOREJ | <input type="checkbox"/> Pielęgniarska opieka domowa <input type="checkbox"/> Wizyty domowe lekarza POZ <input type="checkbox"/> Rehabilitacja w warunkach domowych <input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze w codziennych potrzebach życiowych (zatrudnienie opieki środowiskowej) |
| DLA OPIEKUNA / OPIEKUNKI | <input type="checkbox"/> Doradztwo indywidualne dla opiekuna <input type="checkbox"/> Wsparcie psychologiczne dla opiekuna <input type="checkbox"/> Nie jestem zainteresowany/zainteresowana wsparciem dla opiekunów |



1. Niniejszym zgłaszam uczestnictwo w wyżej wymienionym projekcie i potwierdzam to złożonym poniżej podpisem.
2. **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 oraz w ramach finansowania przez NFZ.**
3. Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z Regulaminem projektu i spełniam określone w nim kryteria uprawniające do udziału w projekcie.
4. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody²** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu do celów rekrutacji do projektu.

Jestem świadomy/świadoma faktu, że:

- 1) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w postępowaniu rekrutacyjnym,
 - 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

2 niepotrzebne skreślić