



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**I. INFORMACJE O PROJEKCIE**

Tytuł projektu	„MEDYCZNA OPIEKA DOMOWA”
Nr projektu	RPSW.09.02.02-26-0002/21
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 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 (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

<b>CHORY, CHORA / OSOBA ZALEŻNA</b>	
Imię (imiona):	
Nazwisko	
<b>OPIEKUN / OPIEKUNKA OSOBY ZALEŻNEJ</b>	
Imię (imiona):	
Nazwisko	

**III. DANE KONTAKTOWE (PROSZĘ 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 <sup>1</sup>	
KRYTERIA FORMALNE	Miejsce zamieszkania CHOREGO	Województwo Świętokrzyskie Powiat:..... Gmina: ..... Miejscowość: ..... Poczta: ..... Ulica: .....
	Miejsce zamieszkania OPIEKUNA	Województwo Świętokrzyskie Powiat:..... Gmina: ..... Miejscowość: ..... Poczta: ..... Ulica: .....
	Niesamodzielność 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 (imię i nazwisko opiekuna) ..... jako opiekun (imię i nazwisko chorego) ..... oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną.  ..... Czytelny podpis opiekuna	
<b>Brak któregokolwiek z powyższych kryteriów będzie skutkował brakiem możliwości udzielenia wsparcia w projekcie.</b>		
KRYTERIA PUNKTOWE	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 pielęgniarstwa długoterminowego 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
	Orzeczenie o niepełnosprawności chorego UWAGA! Do formularza należy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności

<sup>1</sup> W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione.



	dołączyć stosowne zaświadczenie lub kopię dokumentu	<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności
	<b>Chorzy na chorobę Alzheimera lub zespół otępienny</b> UWAGA! Do formularza należy dołączyć zaświadczenie lekarza lub rozpoznanie w skierowaniu do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Wiek chorego</b>	<input type="checkbox"/> 60 lat i więcej <input type="checkbox"/> od 41 do 59 lat <input type="checkbox"/> poniżej 40 lat
	<b>Zagrożenie wykluczeniem społecznym lub ubóstwem CHOREGO, CHOREJ</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Zagrożenie wykluczeniem społecznym lub ubóstwem OPIEKUNA, OPIEKUNKI</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Stan zdrowia opiekuna</b>  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
	<b>Stopień przygotowania opiekuna do opieki nad osobami niesamodzielnymi</b> 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 wiedzy, bazuję tylko na własnym doświadczeniu życiowym

#### V. WNIOSKOWANY RODZAJ WSPARCIA

DLA CHOREGO / CHOREJ	<input type="checkbox"/> Pielęgniarstwa opieka domowa <input type="checkbox"/> Rehabilitacja w warunkach domowych
----------------------	--

1. Niniejszym zgłaszam uczestnictwo w wyżej wymienionym projekcie i potwierdzam to złożonym poniżej podpisem.
2. Oświadczam, że chory/osoba niesamodzielną/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 zgody<sup>2</sup>** 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](mailto: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.

.....  
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