

ZAŁĄCZNIK NR 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu: *Dzienny Dom Opieki Medycznej Warszawa-Wawer*

Nr projektu: *RPMA.09.02.02-14-b413/18*

Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt:

IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem

Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt:

9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej

Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt:

9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

Informacje podstawowe:

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Telefon stacjonarny:

E-mail

Telefon komórkowy:

Adres zamieszkania¹

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Powiat

Województwo

Obszar

Miejski²

Wiejski³

Wykształcenie

Niższe nie podstawowe

Podstawowe (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej*)

Gimnazjalne (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej*)

Ponadgimnazjalne (*wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe*)

Pomaturalne (*kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym*)

Wyższe (*pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym*)

Status osoby na rynku pracy na dzień podpisania formularza

Emeryt/rencista

inne (*wpisz jakie?*)

Status osoby

Osoba należąca do mniejszości narodowej⁴ lub etnicznej⁵, imigrant, osoba obcego pochodzenia⁶

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Osoba z niepełnosprawnościami⁷

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (*innej niż wym. powyżej*)

Płeć

Kobieta

Mężczyzna

¹ Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast.

³ Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko-miejskiej

⁴ Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

⁵ Za mniejszości etnicznej uznaje się mniejszości: karaimską, łemkowską, romską, tatarską.

⁶ Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski

⁷ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

Jestem osobą, która posiada prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą, która ukończyła 18 rok życia.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą, która ukończyła 65 lat.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem mieszkańcem powiatu m.st. Warszawy .	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą niesamodzielną, której stan zdrowia wskazuje na niesamodzielną osiągając 40-65 pkt w skali BARTHEL.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a mój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielną.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą, u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub u której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Nie jestem osobą, która korzystała ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej na oddziale dziennym lub stacjonarnym.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Nie jestem osobą u której podstawowym wskazaniem do leczenia jest choroba psychiczna lub uzależnienie.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą niesamodzielną z miesięcznym dochodem na 1 osobę samotnie gospodarującą nie przekraczającym 1051,50 zł	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą niesamodzielną z miesięcznym dochodem na 1 osobę w rodzinie nie przekraczającym 792 zł	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą samotną	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą, której opiekun faktyczny pracuje lub studiuje(uczy się)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

ZAŁĄCZNIKI:

Do formularza zgłoszeniowego dołączam:		
Skierowanie do DDOM wydane przez lekarza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Kartę oceny stanu klinicznego wg skali BARTHEL	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Zaświadczenie w sprawie opiekuna faktycznego od pracodawcy lub ze szkoły	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
PIT za 2018 r. lub oświadczenie o wysokości moich dochodów za 2018 r.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<p>Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo?</p> <p>Proszę zaznaczyć właściwą opcję:</p>	<p><input type="checkbox"/> dostępność architektoniczna np. wejście na poziomie gruntu, pochylnia, winda</p> <p><input type="checkbox"/> przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą niż standardowa czcionką</p> <p><input type="checkbox"/> materiały w alfabecie Braille'a</p> <p><input type="checkbox"/> tłumacz Polskiego Języka Migowego</p> <p><input type="checkbox"/> tłumacz Systemu Językowo-Migowego</p> <p><input type="checkbox"/> pętla indukcyjna</p> <p><input type="checkbox"/> wsparcie asystenta np. osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością fizyczną</p> <p><input type="checkbox"/> obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością</p> <p><input type="checkbox"/> specjalne potrzeby żywieniowe</p> <p><input type="checkbox"/> zapewnienie warunków dla psa asystującego</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>
--	--

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE I OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „**Dzienny Dom Opieki Medycznej Warszawa-Wawer**”, zwanym dalej „**Projektem**”, współfinansowanym Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020, które zostały zawarte w „Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie” i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego i wyrażam zgodę na udział w ww. projekcie w przypadku zakwalifikowania mojej kandydatury do Projektu.
- Zostałam/zostałem poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
- Oświadczam, że nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z pomocy społecznej lub Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ

<p>Data otrzymania dokumentu:</p>	<p>..... (podpis)</p>
-----------------------------------	---------------------------