



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Dane wspólne

Lp.	Nazwa : NZOZ „Medicus” Gostynin Sp. z o.o
1	Tytuł projektu: Dzienny Dom Opieki Medycznej - wsparcie dla osób potrzebujących
2	Nr umowy: RPMA.09.02.02-14-b419/18-00
3	Działanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

Dane uczestniczki/uczestnika:

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4.	Data urodzenia	
5.	Miejsce urodzenia	
6.	Pesel	
7.	Wykształcenie: (<i>gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe</i>)	
8.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu

Dane kontaktowe:

1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	nr budynku	
7.	nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon Kontaktowy	
10.	Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna	
11.	Adres e-mail	

Dane dodatkowe:

1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca, wykonywany zawód:..... zatrudniona w:.....
----	--	--



2.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)
Indywidualne potrzeby uczestników		
1.	Czy uczestnik projektu jest uczulony na produkty spożywcze/ jest na specjalnej diecie?	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> mleko krowie <input type="checkbox"/> białko jaja kurzego <input type="checkbox"/> żółtko jaja kurzego <input type="checkbox"/> pszenicę <input type="checkbox"/> banany <input type="checkbox"/> pomidory <input type="checkbox"/> seler <input type="checkbox"/> ryby – jakie <input type="checkbox"/> orzeszki ziemne <input type="checkbox"/> owoce jakie <input type="checkbox"/> inne
2.	Czy uczestnik deklaruje skorzystanie z bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> tak – transport medyczny <input type="checkbox"/> nie
3.	Czy uczestnik ma inne specjalne potrzeby związane z organizacją wsparcia w ramach DDOM/organizacją szkoleń?	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> tak – jakie
Kryteria uczestnictwa we wsparciu w ramach DDOM (nie dotyczy opiekunów/członków rodzin osób niesamodzielnych)		
Kryteria włączenia:		
1.	Czy uczestnik jest skierowany do projektu bezpośrednio po przebytej hospitalizacji? (potwierdzone wypisem ze szpitala)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Czy u uczestnika występuje ryzyko hospitalizacji w najbliższym czasie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



3.	Czy uczestnikowi w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego? (potwierdzone wypisem ze szpitala)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Kryteria wyłączenia: (w przypadku zaznaczenia TAK – BRAK możliwości udziału we wsparciu)		
1.	Czy uczestnik jest osobą korzystającą 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	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Czy uczestnik jest osobą, w przypadku której podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystająca ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Kryteria premiujące:		
1.	Osoba powyżej 65 roku życia	<input type="checkbox"/> 3 pkt.
2.	Osoba samotna, która nie ma możliwości korzystania z opieki rodziny	<input type="checkbox"/> 2 pkt.
3.	Osoba zamieszkująca miasta średnie, lub miasta średnie tracące funkcje społeczno – gospodarcze	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
4.	Suma punktów premiujących

Oświadczenia:

- Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.).
- Oświadczam, że zapoznałam / - em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

data

.....

czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu