



Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

## **Formularz zgłoszeniowy**

### **Uwaga!**

Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do Projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić literami drukowanymi

### CZĘŚĆ I

|   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Zadanie:  | <b>Dzienny Dom Opieki Medycznej</b>  |                                      |  |
| Nazwa projektu  | <b>„Środowiskowe Centrum Wsparcia Osób Starszych w mieście Leszno”</b>   |                                      |  |
| Numer projektu  | RPWP. 07.02.02-30-054/17   |                                      |  |
| Oś priorytetowa   | Oś Priorytetowa 7: Włączenie społeczne   |                                      |  |
| Działanie:  | Działanie 7.2: Usługi społeczne i zdrowotne oraz Poddziałanie 7.2.2: Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe oraz pozakonkursowe w zakresie epidemii COVID-19 dofinansowanego ze środków Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego |                                      |  |
| <b>Informacje wypełniane przez Zespół Rekrutacyjny DDOM</b> |  |                                      |  |
| Data Wpływu:  |  | Podpis osoby przyjmującej formularz: |  |
| Numer formularza zgłoszeniowego:                            |  |                                      |  |

Projekt „Środowiskowe Centrum Wsparcia Osób Starszych w Mieście Leszno”  
współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA/KANDYDATKI)

|    |                    |                      |    |   |   |
|----|--------------------|----------------------|----|---|---|
| 1. | Imię               |                      | 2. | Nazwisko  |   |
| 3. | Pesel:             | <input type="text"/> | 4. | Płeć  | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M |
| 5. | Telefon Kontaktowy | <input type="text"/> | 6. | Adres zamieszkania/<br>adres korespondencji<br>i adres e-mail | <input type="text"/>                                  |

DANE PERSONALNE CZŁONKA RODZINY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO UCZESNIKA PROJEKTU

|    |   |                      |    |   |                      |
|----|---|----------------------|----|---|----------------------|
| 1. | Imię                                      |                      | 2. | Nazwisko  |                      |
| 3. | Stopień pokrewieństwa/relacja z opiekunem | <input type="text"/> | 4. | Adres zamieszkania/<br>adres korespondencji/<br>i/adres email | <input type="text"/> |
| 5. | Telefon Kontaktowy                        | <input type="text"/> |    |   |                      |

CZĘŚĆ II: WERYFIKACJA SPEŁNIANIA PRZEZ KANDYDATA/KANDYDATKĘ KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (proszę zaznaczyć znakiem x w odpowiedniej kratce)

|    |   |   |
|----|---|---|
| 1. | Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Miasta Leszna   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. | Oświadczam, że posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.). | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |



|  |  |  |
|--|--|--|
| 4.   | Oświadczam, że jestem pacjentem:   | <input type="checkbox"/> <b>Bezpośrednio po przebytej hospitalizacji</b> , którego stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciw działających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej:<br><input type="checkbox"/> u którego <b>występuje ryzyko hospitalizowania</b> w najbliższym czasie <sup>1</sup> ;<br><br><input type="checkbox"/> któremu <b>w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.</b> |
|  | Oświadczam, że   | <input type="checkbox"/> <b>nie korzystam</b> ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>opieki długoterminowej,</b></li> <li>• <b>opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz</b></li> <li>• <b>rehabilitacji leczniczej</b>, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,</li> </ul> <input type="checkbox"/> podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką (w ramach DDOM) <b>nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie</b> (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).    |
| <b>CZĘŚĆ III: WERYFIKACJA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA/NIESPEŁNIENIA PRZEZ KANDYDATA/KANDYDATKĘ KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH<sup>ii</sup> DO UDZIAŁU W PROJEKCIE</b><br><i>(proszę zaznaczyć znakiem „x” w odpowiedniej kratce)</i>   |  |  |
| 1.   | Oświadczam, że:  | <input type="checkbox"/> jestem osobą samotną<br><input type="checkbox"/> nie jestem osobą samotną   |
| 2.   | Oświadczam, że:  | <input type="checkbox"/> posiadam orzeczenie o niepełnosprawności<br><input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności<br><br>(proszę dołączyć kopię orzeczenia)   |
| 3.   | Oświadczam, że jestem pacjentem po przebytej hospitalizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy: | <input type="checkbox"/> tak<br><br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>CZĘŚĆ IV: OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI</b>   |  |  |
| Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:<br>1. Zapoznałem/zapoznałam się z zasadami rekrutacji zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Lesznie i Regulaminie organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej z 1 września 2021 r., obowiązującymi w ramach Projektu: „Środowiskowe Centrum Wsparcia Osób Starszych w Mieście Leszno”. |  |  |



2. Akceptuję wszystkie postanowienia określone w Regulaminach, o których mowa w pkt. 1 i deklaruję, że spełniam kryteria uczestnictwa ww. Regulaminów.
3. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że:
  - Projekt realizowany jest w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020;
  - Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w DDOM oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
5. Akceptuję fakt, że:
  - a. złożenie przeze mnie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do DDOM;  
oraz
  - b. zakwalifikowanie do DDOM, nie jest równoznaczne z przyjęciem do DDOM.
6. Jednocześnie oświadczam, że w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w DDOM albo zakwalifikowania do DDOM, ale odmowy przyjęcia, nie będę wnosił/wnosiła żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Lesznie przy ul. Jana Kiepury 45, w ramach Projektu: „Środowiskowe Centrum Wsparcia Osób Starszych w Mieście Leszno”.
7. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości wzięcia udziału w badaniu ewaluacyjnym przyszłego.
8. Zobowiązuję się do przedstawienia na etapie rekrutacji do wglądu dokumentu potwierdzającego moją tożsamość, jak również dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów kwalifikowalności do udziału w DDOM.
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
10. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
11. Oświadczam, iż członek rodziny/opiekun wyraża chęć bezpłatnego uczestnictwa w działaniach edukacyjnych TAK/NIE.

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki*



**Do formularza załączam:**

- 1. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej** wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu.
- 2. Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej** sporządzaną z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel).