

Załącznik nr 3
do „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie DDOM przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Oławie”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Oławie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	O Kobieta O Mężczyzna
4.	PESEL	
5.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
Dane kontaktowe:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	
4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Tel. kontaktowy	
10.	Tel. kontaktowy do rodziny/ opiekuna faktycznego	
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	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
3.	<u>Warunki bytowe</u> INF DODATKOWA: wypełnić jedynie jeżeli osoba zaznaczyła iż jest w „innej niekorzystnej sytuacji społecznej”. Warunki mieszkaniowe „niesprzyjające” to: • brak łazienki lub • brak centralnego ogrzewania lub • brak spółkiwanego ustępu	Jeżeli osoba jest <u>w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</u> , to czy w gospodarstwie domowym występuje niepełnosprawność <input type="checkbox"/> 1 osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> 2 osoby niepełnosprawne <input type="checkbox"/> 3 i więcej osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> czy warunki mieszkaniowe są <input type="checkbox"/> niesprzyjające <input type="checkbox"/> sprzyjające

Jednocześnie:

1. Oświadczam, iż dane podane w deklaracji uczestnictwa w projekcie odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Organizatora w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, że dany projekt finansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym DDOM, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
5. Deklaruję, iż spełniam wszystkie kryteria rekrutacyjne uprawniające do udziału w Projekcie.
6. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y, o prowadzeniu monitoringu wizyjnego w celu ochrony i bezpieczeństwa i wyrażam zgodę na jego użycie.
7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udział w Projekcie podczas epidemii. Jestem w pełni świadoma / świadomy zagrożeń wynikających z obecnego stanu epidemicznego.
8. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie: Pani/Pan:

.....

będąca/będący dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem * :

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika
Projektu

.....
czytelny podpis
członka
rodziny/opiekuna faktycznego

Deklaruję, iż spełniam wszystkie kryteria rekrutacyjne uprawniające do udziału w Projekcie.

1. Oświadczam, iż zaliczam się do grupy pacjentów:

(Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

2. Posiadam, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

(Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź).

- TAK
- NIE

3. Oświadczam, iż **korzystam / nie korzystam ze świadczeń:**

(Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź).

- opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
- świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie).

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika
Projektu

.....
czytelny podpis
członka
rodziny/opiekuna faktycznego