



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie - Formularz rekrutacyjny

Numer:	Podpis os.
Data i godzina wpływu:	przyjmującej:

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sanoku”
Numer RPPK.08.03.00-18-0010/18-00
Nr działania 8.3. „Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych”

Okres realizacji projektu: od 01.10.2018 r. do 30.09.2021 r.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ BIAŁE POLA PISMEM DRUKOWANYM LUB KOMPUTEROWO

I. DANE PERSONALNE											
Imię:	Nazwisko: Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M										
Data i miejsce urodzenia: _____ Wiek w latach: _____											
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> PESEL											Dane do kontaktu: numer telefonu: _____ e-mail: _____ inne: _____
Adres zamieszkania: Obszar zamieszkania: <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski województwo: _____ powiat: _____ gmina: _____ miejscowość: _____ kod pocztowy: _____ - _____ ul. _____ nr domu: _____ nr mieszkania: _____											



II. DANE OKREŚLAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE

1. Oświadczam, że zamieszkuję na terenie powiatu sanockiego ¹ (województwo podkarpackie)	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie.
2. Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną:	<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 dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie.
4. Oświadczam, że jestem osobą:	<input type="checkbox"/> bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, której stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnosci oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej <input type="checkbox"/> u której istnieje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie <input type="checkbox"/> której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (<u>należy dołączyć kserokopię karty informacyjnej z pobytu w szpitalu</u>).
5. Oświadczam, że:	<input type="checkbox"/> nie korzystam 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"/> podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień)



6. Oświadczam, że jestem osobą samotną:	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie.
7. Oświadczam, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak, w stopniu symbol (jeżeli tak proszę dołączyć kserokopię orzeczenia) <input type="checkbox"/> Nie.
8. Wnoszę o zapewnienie darmowego transportu do/z DDOM w Sanoku	<input type="checkbox"/> Tak, jeżeli tak należy określić rodzaj środka transportu: <input type="checkbox"/> Bus, <input type="checkbox"/> Transport sanitarny (karetka) <input type="checkbox"/> Nie

Źródło informacji o projekcie:

- Wojewódzki Urząd Pracy,
- MOPS, GOPS,
- PCPR,
- Prasa,
- Ulotki /plakaty informacyjne,

- Strona internetowa:
<http://sanok.sanvit.pl/bezplatna-opieka-i-rehabilitacja-dla-seniora>,
- Stowarzyszenie, Organizacja pozarządowa,
- ZOZ, NZOZ, Szpital
- Przekaz słowny (np. od znajomych, rodziny),
- Inne _____

W załączeniu przedkładam:

- Skierowanie do Dziennego domu opieki medycznej (Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego) wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu.
- Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do dziennego domu opieki medycznej wg skali Barthel (Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego) wydaną przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu,
- Kartę informacyjną z pobytu w szpitalu (jeżeli dotyczy)
- Orzeczenie o posiadanym stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)
- Zobowiązanie Rodziny/Opiekuna do przygotowania Pacjenta do transportu i dostarczania leków
- inne _____

Uwaga: Kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby składającej formularz rekrutacyjny

UWAGA: NIEKOMPLETNE FORMULARZE BĘDĄ ODRZUCANE Z PRZYCZYN FORMALNYCH.



III. OŚWIADCZENIA

1. Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sanoku” zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
- 2) spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie zawarte w Regulaminie § 11 pkt 9;
- 3) zostałem/łam poinformowany/na, że Projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna, działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych;
- 4) zostałem/łam poinformowany/na, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
- 5) wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym do udziału w Projekcie;
- 6) jestem świadom, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie;
- 7) wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.
- 8) **Zobowiązuję się** do przedstawienia na etapie rekrutacji do wglądu dokumentu potwierdzającego moją tożsamość, jak również dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów kwalifikowalności do udziału w Projekcie.

2. Wypełnienie i złożenie niniejszego formularza **stanowi zgodę na przetwarzanie zawartych powyżej oraz w załącznikach do Formularza Rekrutacyjnego danych osobowych**, zgodnie z przepisami z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO” lub Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych przez Centrum Promocji Zdrowia „Sanvit” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie Oddział w Sanoku, ul. Łazienna 1, 38-500 Sanok do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do Projektu pt. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sanoku”.

3. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących udziału w Projekcie drogą telefoniczną.

4. **Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

Miejscowość, data

Czytelny podpis Kandydata/teki do Projektu

ⁱ Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu