Tytuł projektu: ***Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie***
Nr projektu: ***RPMA.09.02.02-14-d526/19***
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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Informacje podstawowe:			
Dane uczestnika:			
Imię i nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
PESEL		Telefon stacjonarny:	
E-mail		Telefon komórkowy:	
Adres zamieszkania[1]	Ulica		
	Numer domu		
	Numer lokalu		
	Kod pocztowy		
	Miejscowość		
	Gmina		
	Powiat		
	Województwo		
Obszar	Miejski[2]	Wiejski[3]	
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 narodowej[4] lub etnicznej[5], imigrant, osoba obcego pochodzenia[6] ☐ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ Osoba z niepełnosprawnościami[7] ☐ 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 etniczne 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.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem osobą, która ukończyła 18 rok życia.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem osobą, która ukończyła 65 lat.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem mieszkańcem powiatu ciechanowskiego, przasnyskiego lub makowskiego.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem osobą niesamodzielną, której stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność osiągając 40-65 pkt w skali BARTHEL.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem osobą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a mój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności.	☐ **Tak**	☐ **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.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Nie jestem osobą, która korzysta ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej na oddziale dziennym lub stacjonarnym.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Nie jestem osobą, u której podstawowym wskazaniem do leczenia jest choroba psychiczna lub uzależnienie.	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem osobą samotną	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Jestem osobą, której opiekun faktyczny pracuje lub studiuje (uczy się)	☐ **Tak**	☐ **Nie**

ZAŁĄCZNIKI:

Do formularza zgłoszeniowego dołączam:		
Skierowanie do DDOM wydane przez lekarza	☐ **Tak**	☐ **Nie**
Kartę oceny stanu klinicznego wg skali BARTHEL	☐ **Tak**	☐ **Nie**

DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE I OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- ☐ Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „**Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie"**, 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.
- ☐ Zostałem/zostałam 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

Data otrzymania dokumentu:	……..…….. *(podpis)*