Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

REGULAMIN REKRUTACYJNY DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ w Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.

Grudzień 2016

Regulamin rekrutacji do udziału w projekcie pn. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego"

§ 1
INFORMACJE OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin określa warunki rekrutacji uczestników do projektu pt. **„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego"** realizowanego w ramach konkursu nr Umowa nr POWR.05.02.00-00-0119/15-00/2111/665, w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działania 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

1) **Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej** – oznacza to wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży;

2) **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** - jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;

3) **Indywidualny plan wsparcia** – plan pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;

4) **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** – wielowymiarowy, interdyscyplinarny i integrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych;

5) **Osoba korzystająca ze wsparcia** – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki medycznej;

6) **Koszt pobytu** – wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej;

7) **Pobyt w Dziennym Domu Opieki Medycznej** – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej;

8) **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej;
9) **Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny** w skrócie **WZT**– zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do Dziennego Domu Opieki Medycznej;
10) **Beneficjent** – Centrum Medyczno- Diagnostyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Siedlcach;
11) **Wniosek** – oznacza wniosek o dofinansowanie projektu pt. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego." w ramach PO WER 2014-2020;
12) **Projekt** - przedmiot umowy o dofinansowanie projektu między Beneficjentem a Ministerstwem Zdrowia;
13) **Termin realizacji projektu** - oznacza okres od 01.06.2016r. do 30.06.2018r.;
14) **Okres świadczenia opieki medycznej pacjentom DDOM w ramach projektu**- od 01.01.2017 r. do 30.06.2018r.;
15) **POZ**- Podstawowa Opieka Zdrowotna;
16) **AOS**- Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna;
17) **Lista oczekujących**- spis pacjentów wg kolejności złożenia wniosków rekrutacyjnych do DDOM;
18) **Lista rezerwowa**- spis pacjentów wg kolejności złożenia wniosków rekrutacyjnych do DDOM ponad limit wynikający z założeń wniosku;
19) **MZ** – Ministerstwo Zdrowia;
20) **PO WER** - Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020;
21) **UE** - Unia Europejska;
22) **CMD**- Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach;
23) **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny;

§ 2
CELE I ZAŁOŻENIA PROJEKTU

1. **Celem głównym projektu** jest rozwój systemu deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w środowisku lokalnym w wyniku utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Mińsku Mazowieckim dla 80 osób (w tym 48 kobiet i 32 mężczyzn) w tym co najmniej 60 osób w wieku powyżej 65 lat, zamieszkałych na terenie powiatu mińskiego w okresie trwania projektu tj. 01.01.2017-30.06.2018r.
2. Grupa docelową będzie 80 osób (w tym 48 kobiet i 32 mężczyzn) w tym co najmniej 60 osób w wieku powyżej 65 lat. zamieszkałych na terenie województwa mazowieckiego z obszaru powiatu mińskiego, które:

- są bezpośrednio po hospitalizacji i ich stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, oraz

- pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Projekt wyklucza osoby korzystające ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej, rehabilitacji lecznicze, opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień.

3. W ramach projektu realizowane są następujące zadania:
   1) Dostosowania i doposażenia w sprzęt DDOM w Mińsku Mazowieckim,
   2) Prowadzenie DDOM w Mińsku Mazowieckim,
   3) Organizacja szkoleń edukacyjnych dla pacjentów DDOM i ich rodzin.
4. Przewidziane w ramach projektu wsparcie będzie realizowane w oparciu o standardy Dziennego Domu Opieki Medycznej określone w dokumentacji konkursowej przez Ministerstwo Zdrowia.

§ 3
REKRUTACJA UCZESTNIKÓW

1. Wsparcie w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.
2. Cele kwalifikowania pacjentów do Dziennego Domu Opieki Medycznej: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki – możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego.
3. Warunki naboru i lokalowe umożliwia nabór i udział w projekcie osób niepełnosprawnych.
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne tj:
   a) skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej (zał. nr 1)
   b) kartę oceny stanu klinicznego wg skali Barthel (zał. nr 2) wystawione przez lekarza POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu
   c) deklarację udziału w projekcie (zał. nr 3)
   d) zgodę i zobowiązanie rodziny / opiekuna pacjenta (zał. nr 4)
   e) formularza zgłoszenia (zał. nr 5).
5. Dokumenty należy składać w **Dziennym Domu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o., przy ulicy Olszyńska 2, 05-300 Mińsk Mazowiecki,** w dni robocze od godz. 08:00 do 14:30:

a. osobiście w sekretariacie DDOM,
b. listownie w kopercie z dopiskiem „DDOM",
c. drogą elektroniczną e- mail: ddom@centrum.med.pl

6. Powyższe druki można pobrać w sekretariacie bądź ze strony internetowej http://www.centrum.med.pl w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.
7. Dokumenty mogą być dostarczone osobiście przez pacjenta, rodzinę bądź jego opiekuna lub pocztą na adres wskazany powyżej.
8. Data wpływu dokumentów do DDOM (dyżurka lekarska i pielęgniarska) decyduje o kolejności rejestracji w kolejce oczekujących.
9. O przyjęciu decyduje spełnienie wszystkich kryteriów przyjęcia, kolejność zgłoszeń, pierwszeństwo osób powyżej 65 r.ż.
10. Rekrutacja prowadzona będzie w trybie ciągłym do dnia 14.05.2018 r., lub do wyczerpania liczby miejsc zadeklarowanych w projekcie.
11. W pierwszym etapie wymagane jest złożenie kompletnych dokumentów przez osoby zainteresowane objęciem opieki. O zakwalifikowaniu pacjenta do kolejnego etapu poinformujmy drogą telefoniczną.
12. W przypadku złożenia niekompletnych dokumentów prosimy o uzupełnienie braków w terminie 10 dni roboczych (od daty poinformowania o tym fakcie). Nie uzupełnienie braków w dokumentach będzie skutkowało skreśleniem z listy oczekujących.
13. Osoby nie zakwalifikowane do projektu ze względu na brak wolnych miejsc zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
14. Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości dostępu do świadczeń bez względu m.in. na płeć, niepełnosprawność, status społeczny, pochodzenie.
15. W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do projektu nie będą odsyłane dokumenty zgłoszeniowe. Będą one znajdować się w siedzibie DDOM.
16. Osoba może w całym okresie realizacji projektu skorzystać ze wsparcia DDOM tylko raz.
17. Na wszystkie złożone wnioski zostanie udzielona odpowiedź o zakwalifikowaniu /bądź nie zakwalifikowaniu / do projektu w formie listownej, telefonicznej lub drogą elektroniczną.
18. Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przesyłać drogą elektroniczną na adres: ddom@centrum.med.pl
19. Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia dokumentów wymienionych w pkt. 4 § 3.
20. Osobom, którym udzielone będzie wsparcie w formie zapewnienia bezpłatnego transportu do/z DDOM zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia dokumentu **zgody i zobowiązania się rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu** stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.
21. Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem Uczestnika/Opiekuna wraz z datą wypełnienia dokumentów.
22. W uzasadnionych przypadkach, Centrum ma prawo zweryfikować wiarygodność danych podanych w formularzu rekrutacyjnym i załącznikach przez:
    - sprawdzenie ich w odpowiednich instytucjach lub,

- zobowiązanie uczestników do przedłożenia stosownych dokumentów.

23. Dokumentacja rekrutacyjna przetwarzana jest i przechowywana z poszanowaniem postanowień zapisów Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych z późn.zm. (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zam.). Prawa i obowiązki Uczestnika Projektu
24. Po zakończeniu udziału pacjent i opiekun pacjenta/członek rodziny wypełnia ankietę oceniająca usługi DDOM.

§ 4
PRAWA I OBOWIAZKI UCZESTNIKÓW PROJEKTU

1. Uczestnik/czka projektu ma prawo do:

1) poddania się ocenie sprawności przez zespół terapeutyczny w zakresie funkcjonalności podstawowych i złożonych czynności życiowych; ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego. W zależności od potrzeb poddać się ocenie innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, niewydolności krążeniowo-oddechowej, ryzyko upadków, a w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywania oceny geriatrycznej (COG), oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13;

2) korzystania z opieki medycznej połączonej z terapią i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;

3) korzystania z podstawowych świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do:

a) opieki pielęgniarskiej, w tym edukacji pacjenta dotyczącej samoopieki i samopielęgnacji;

b) doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,

c) usprawniania ruchowego,

d) stymulacji procesów poznawczych,

e) terapii zajęciowej,

f) przygotowania rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)

4) do badań diagnostycznych oraz specjalistycznych konsultacje lekarskich w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego (w każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji takiego świadczenia).

5) korzystania z wyżywienia,

6) korzystania z zajęć dodatkowych, pozwalających na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi

7) korzystania w razie potrzeby z bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i z powrotem do miejsca zamieszkania,

8) działań edukacyjnych oferowanych w ramach projektu.

2. Pacjent uczestniczący w projekcie i rodzina/ opiekun mają obowiązek:

1. stosować się do wewnętrznych regulaminów obowiązujących w Centrum Medyczno-Diagnostycznym z siedzibą w Siedlcach;
2. współpracować z zespołem terapeutycznym w przygotowaniu pacjenta do transportu;
3. dostarczyć leki zażywane przewlekle przez pacjenta (choroby przewlekłe) w oryginalnych opakowaniach z datą ważności;
4. informować telefonicznie o nieobecności uczestnika projektu.

§ 5

Udział rodziny lub opiekuna w organizowanych przez personel DDOM-u spotkaniach edukacyjnych będzie obowiązkowy.

§ 6

Obowiązkiem pacjenta jest:

- przestrzeganie kultury, dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny,
- troska o mienie DDOM-u, a w szczególności będące w bezpośredniej jego dyspozycji,
- niezwłoczne powiadomienie personelu o awarii, uszkodzeniu sprzętu lub urządzeń DDOM-u,
- przestrzeganie ustalonych godzin spożywania posiłków,
-aktywne uczestniczenie w zabiegach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej i zajęciach edukacyjnych,
-przestrzeganie przyjętych zasad współżycia pomiędzy pacjentami i personelem DDOM oraz zastosowanie się do zaleceń kierownika i pozostałych pracowników DDOM,
- przestrzeganie bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i palenia tytoniu,
- nieopuszczanie jednostki bez zgody personelu DDOM
- przestrzeganie zasad ustalonych w aktach prawa wewnętrznego.
- zachowanie respektującego prawa innych pacjentów do wypoczynku

§ 7

REZYGNACJA Z UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Rezygnacja z uczestnictwa w projekcie w trakcie jego trwania może nastąpić z ważnej przyczyny i wymaga pisemnego uzasadnienia, także w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

2. W przypadku nieusprawiedliwionej rezygnacji uczestnika/czki może zostać obciążony kosztami uczestnictwa w projekcie.

3. W przypadku gdy uczestnik/czka zrezygnuje z udziału w projekcie przed otrzymaniem wsparcia, w jego miejsce zostaje zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej.

4. Wnioskodawca zastrzega sobie prawo skreślenia z listy uczestników osobę w przypadku:

1) rażącego naruszenia postanowień Regulaminu organizacyjnego DDOM-u,

2) nieusprawiedliwionej nieobecności dłuższej niż 3 dni,

3) stwierdzenia przez personel DDOM-u, że uczestnik projektu znajduje się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, lub środków odurzających.

§ 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zapisy regulaminu podlegają przepisom prawa polskiego.
2. Ostateczna interpretacja niniejszego Regulaminu, wiążąca dla Kandydatów i Uczestników projektu, należy do zarządu Beneficjenta
3. W sprawach spornych decyzję podejmuje Zarząd Beneficjenta
4. Beneficjent nie ponosi odpowiedzialności za zmiany w dokumentach programowych i wytycznych dotyczących realizacji Działanie 5.2 PO WER.
5. Regulamin może ulec zmianie w sytuacji zmiany Wytycznych lub innych dokumentów programowych dotyczących realizacji Projektu.
6. Beneficjent zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu. Zmiana Regulaminu obowiązuje od dnia publikacji na stronie internetowej Projektu.
7. Niniejszy Regulamin obowiązuje od dnia jego publikacji na stronie internetowej: www.centrum.med.pl
8. Nadzór nad realizacją Projektu, a także rozstrzyganie spraw, które nie są uregulowane niniejszym Regulaminem, pozostaje w gestii Zarządu Beneficjenta

Załączniki:

Zał. nr 1 Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej
Zał. nr 2 Karta oceny wg skali Barthel
Zał. nr 3 Deklaracja udziału w projekcie
Zał. nr 4 Zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna do współpracy w przygotowaniu do transportu.
Zał. nr 5 Formularza zgłoszenia.

Zatwierdzony przez:

"CENTRUM" Sp. z o.o. MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE
Paweł Żuk
PREZES ZARZĄDU

"CENTRUM" Sp. z o.o. MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE
Artur Prusaczyk
V-ce PREZES ZARZĄDU

"CENTRUM" Sp. z o.o.
MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE
SIEDZIBA: 08-110 Siedlce, ul. Niklowa 9
BIURO: 08-110 Siedlce, ul.Gen. F. Kleeberga 2
tel./fax 25 644 07 40, kom. 501 064 410
REGON 710529892, NIP 821-20-25-575
www.centrum.med.pl

Zał. nr 1 Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej

Projekt pn.: „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego."
Wnioskodawca: Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o.o.

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję:
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu do kontaktu

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku –numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....
– do dziennego domu opieki medycznej.

....
Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

Zał. nr 2 Karta oceny wg skali Barthel

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel [1)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność [2)]	Wynik [3)]
1	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC)	

	0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moc	
	Wynik kwalifikacji [4)]	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga [1] skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....
.....
.....

....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

1) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel". Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
2) W lp. 1 - 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.
3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.
4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

Zał. nr 3 Deklaracja udziału w projekcie

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany(a),

.....
(Imię i nazwisko uczestnika projektu)

zam.....
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy: .....

E-mail: .....

Nr PESEL uczestnika: .....

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego". Projekt nr.POWR.05.02.00-00-0119/15, który jest realizowanym w ramach Działania 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie.

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
- ✓ dane podane w formularzu rekrutacyjnym, są zgodne z prawdą.

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- ✓ przestrzegania zasad uczestnictwa w projekcie wskazanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
- ✓ uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
- ✓ usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności.

Ponadto oświadczam, że:

1. Zobowiązuję są do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.
2. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r.,

poz. 1182, z późn. zm.) wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz RPO WP na lata 2014 -2020.

.....	.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Zał. nr 4 Zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna do współpracy w przygotowaniu do transportu.

Zgoda i zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.

Ja (Imię i nazwisko) ..... w imieniu swoim oraz rodziny/opiekunów osoby (Imię i nazwisko) ..... ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem Domu w przygotowaniu pacjenta (Imię i nazwisko) ..... do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Tym samym oświadczam, że zostałem poinformowany, że bezpłatny transport pacjenta z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania jest organizowany przez Organizatora Domu **w razie potrzeby** tj. w przypadku gdy Pacjent nie będzie mógł samodzielnie lub przy wsparciu rodziny/opiekunów dotrzeć do DDOM i wrócić do miejsca zamieszkania.

DATA	CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA PACJENTA

Zał. nr 5 Formularz zgłoszenia.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.

„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego" w ramach 5.2 PO WER

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na www.centrum.med.pl lub w Biurze Projektu.

Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. Na każdej stronie Formularza zgłoszeniowego w prawym dolnym rogu proszę umieścić **parafkę długopisem koloru niebieskiego.**
3. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
4. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
5. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych (Skierowania i Karty oceny) ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
6. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole ☐ znaku: X

1	**Imię i Nazwisko**	.....
2	**PESEL**	.....
3	**Płeć**	☐ kobieta ☐ mężczyzna
4	**Adres zamieszkania**	Województwo ..... Powiat ..... Kod pocztowy ..... Miejscowość ..... Ulica ..... Nr domu / lokalu .....
	Obszar zamieszkania	☐ miejski ☐ wiejski

5	**Telefon kontaktowy**	stacjonarny lub komórkowy .....
	Adres e-mailowy *(jeżeli uczestnik projektu posiada)*	.....
6	**Wykształcenie**	☐ **Niższe niż podstawowe** ☐ **Podstawowe** ☐ **Gimnazjalne** ☐ **Ponadgimnazjalne** ☐ **Policealne** ☐ **Wyższe**
7	**Status osoby na rynku pracy:**	☐ **bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy** **w tym:** ☐ **osoba długotrwale bezrobotna** ☐ **inne** ☐ **bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy** **w tym:** ☐ **osoba długotrwale bezrobotna** ☐ **inne** ☐ **Bierna zawodowa** **w tym:** ☐ **Osoba ucząca się** ☐ **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** ☐ **inne** ☐ **Zatrudniony** **w tym:** ☐ **osoba pracująca w administracji rządowej** ☐ **osoba pracująca w administracji samorządowej** ☐ **osoba pracująca w MMŚP** ☐ **osoba pracująca w organizacji pozarządowej**

		☐ **osoba pracująca działalność na własny rachunek** ☐ **osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** ☐ **inne** **Wykonywany zawód** …… **Zatrudniony/ w** *(nazwa instytucji/przedsiębiorstwa)* …… ……
8	**Dodatkowe informacje**	☐ Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ☐Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ☐Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐Jestem osobą przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: ☐ osobą przebywającą w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu ☐ Jestem osobą żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu ☐Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): ☐ Tak, ☐ Nie, ☐ Odmowa podania informacji

Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

- **zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego" i akceptuję jego warunki;**
- **spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału projekcie tj.:**

a) jestem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały mi świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego,

b) 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.).

c) 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

d) podstawowym wskazaniem do objęcia opieką nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („ Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3") niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnoszę o zapewnienie bezpłatnego transportu do/z DDOM w Mińsku Mazowieckim

□ tak □ nie

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – NZOZ Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.zo.o. w Siedlcach oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.
2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.centrum.med.pl, w gazetach i w Internecie itp.
3. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.

Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:

a) Deklaracja udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,

b) Oświadczenie Uczestnika projektu dotyczące danych osobowych, zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Skierowanie do DDOM wydane przez: - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, - w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.	☐	☐
2.	Karta oceny stanu klinicznego sporządzaną z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel)	☐	☐

....

Data *Podpis uczestnika projektu*