Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

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

Grudzień 2016

ROZDZIAŁ I PRZEPISY OGÓLNE

§ 1

Regulamin organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Mińsku Mazowieckim ul. Olsztyńska 2, zwany dalej "Regulaminem" określa szczegółowe zasady organizacji, funkcjonowania, rekrutacji oraz zakres usług świadczonych przez Dzienny Dom Opieki Medycznej realizowany w ramach Projektu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 pod tytułem.: „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu mińskiego."

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 zintegrowany 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 02.01.2017 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

1. Dzienny Dom Opieki Medycznej używa nazwy skróconej: „DDOM".
2. DDOM prowadzony jest przez Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o., i funkcjonuje jako komórka organizacyjna utworzona w związku z realizacją przedmiotowego projektu.
3. Dzienny Dom Opieki Medycznej jest placówką wsparcia dziennego przeznaczoną dla osób, które z powodu choroby lub innych przyczyn są niesamodzielne i wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione lub rodzina nie może im takiej pomocy zapewnić.
4. W DDOM zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.
5. DDOM działa na podstawie:
   - zatwierdzonego w dniu 17 grudnia 2014r. przez Komisję Europejską Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).
   - Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej.

§ 3

1. Siedzibą Dziennego Domu Opieki Medycznej jest Mińsk Mazowiecki, ul. Olsztyńska 2.
2. Adres strony internetowej: www.centrum.med.pl, gdzie została stworzona zakładka poświęcona DDOM.

ROZDZIAŁ II
ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM
§ 4

1. DDOM będzie funkcjonował od 02.01.2017 r. do 30.06.2018 r.
2. DDOM będzie udzielał świadczeń zdrowotnych przez cały rok, we wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku, 8 godzin dziennie tj. od godziny 8.00-16.00
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalony indywidualnie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT) i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni.
4. Usługi prowadzone przez DDOM są dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta z uwzględnieniem adekwatnej do potrzeb opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz rehabilitacyjnej.
5. Opieka w DDOM świadczona będzie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT) (patrz rozdz. V).
6. DDOM podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych i Pielęgniarce Naczelnej.
7. Osobą decyzyjną jest Zarząd Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o.o.
8. W strukturze organizacyjnej Centrum wyodrębniono komórkę organizacyjną z kodem 2200 pod nazwą Dzienny Dom Opieki Medycznej.
9. Wsparcie w ramach projektu otrzymają osoby przebywające głównie w powiecie mińskim.
10. Usługi DDOM będą realizowane dodatkowo przez okres przynajmniej 3 lat od zakończenia projektu (czyli do 01.07.2021r.). zabezpieczy środki na utrzymanie i funkcjonowanie DDOM-u. Trwałość projektu zostanie zapewniona przez:

- Udzielanie świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (bez udziału środków europejskich) lub,
- Pobieranie opłat za usługi w ramach DDOM w wysokości, która nie generuje dochodu lub,
- Zapewnienie utrzymania gotowości do wykonywania ww. usług, przy jednoczesnym prowadzeniu działań informacyjnych o możliwości korzystania z DDOM-u w razie braku kontraktu z NFZ, czy chętnych na korzystanie ze świadczeń za odpłatnością.

ROZDZIAŁ III
OSOBY KORZYSTAJĄCE Z USŁUG DDOM
§ 5

Wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), 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.

§ 6

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej będą objęte osoby mające 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.).

§ 7

Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do Dziennego Domu Opieki Medycznej to: 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 - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

§ 8

DDOM obejmie wsparciem 80 osób (w tym 48 kobiet i 32 mężczyzn) w tym co najmniej 60 osób w wieku powyżej 65 lat. W Dziennym Domu Opieki Medycznej będzie mogło przebywać równocześnie maksymalnie 14 pacjentów.

§ 9

Do DDOM mogą być przyjęci pacjenci:

- bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, 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 niesamodzielnej;
- którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego;

§ 10

Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM ze wsparcia wyłączone będą osoby obecnie korzystające 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, a także osoby , w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień), oraz korzystały z w/w świadczeń w okresie po hospitalizacji.

ROZDZIAŁ IV
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE W DDOM

§ 11

Świadczenia zdrowotne są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

§ 12

Dzienny Dom Opieki Medycznej zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

§ 13

Szczegółowy wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być realizowane w ramach DDOM w zakresie rehabilitacji leczniczej znajduje się w zał. nr 5 i jest załącznikiem do niniejszego regulaminu.

§ 14

Szczegółowy wykaz badań laboratoryjnych, które będą wykonywane pacjentom DDOM (w przypadku, gdy nie były wykonane u pacjenta przed przyjęciem) a znajomość ich wyników jest niezbędna do przeprowadzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej znajduje się w zał. nr 6 i jest załącznikiem do niniejszego regulaminu.

§ 15

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.

§ 16

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie. Prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Zapewniamy bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania w razie potrzeby. W tym przypadku wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny/ opiekuna pacjenta do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (zał. nr 4, który jest załącznikiem do niniejszego regulaminu).

§ 17

DDOM zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:

1) udzielanie pomocy pacjentom DDOM-u w podstawowych czynnościach życiowych,

2) opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
3) zapewnienie właściwej opieki medycznej i rehabilitacyjnej nad pacjentami DDOMU,
4) zaopatrzenie pacjentów w leki, których zastosowanie podyktowane będzie potrzebą pomocy doraźnej w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia,
5) utrzymanie właściwego stanu higieniczno – sanitarnego,
6) prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów objętych opieką w DDOM,
7) wydawanie posiłków i karmienie pacjentów niezdolnych do samodzielnego ich spożywania,
8) opracowywanie programów fizjoterapii, których celem będzie poprawia stopnia funkcjonalności, motoryki i samoobsługi pacjentów DDOMu,
9) kreowanie modelu zachowań prozdrowotnych ze szczególnym propagowaniem różnych form zajęć ruchowych, które pozwolą na utrzymanie możliwie dobrej sprawności fizycznej pacjentów ,
10) prowadzenie terapii zajęciowej wśród pacjentów oraz ich aktywizacja,
11) prowadzenie działalności kulturalno – oświatowej wśród pacjentów DDOM-u, organizowanie świąt, uroczystości okazjonalnych oraz imprez artystycznych dla pacjentów DDOMU takich jak: wystawy, koncerty, spotkania, konkursy.

§ 18

DDOM świadczy usługi:
1. Bytowe, zapewniając:
- miejsce pobytu, wyposażone w niezbędne meble i sprzęt,
- wyżywienie, w tym dietetyczne zgodnie ze wskazówkami lekarza, w ramach obowiązujących norm żywieniowych.

2. Opiekuńcze, polegające na:
- udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych i pielęgnacji.

3. Wspomagające, polegające na:
- umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,
- podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu pacjentów,
- umożliwieniu zaspokojenia potrzeb kulturalnych,
- stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- działaniu zmierzającym do usamodzielnienia się pacjenta, w miarę jego możliwości,
- zapewnieniu przestrzegania praw pacjenta oraz dostępności do informacji o tych prawach dla mieszkańców DDOM-u.

ROZDZIAŁ V
OSOBY UDZIELAJĄCE ŚWIADCZEŃ W DDOM

§ 19

Opieka dla pacjentów przebywających w DDOM realizowana będzie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny powołany przez Z-ca Dyrektora ds. medycznych w składzie:

1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji przy kwalifikacji i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
2) lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii - zapewnienie konsultacji przy kwalifikacji i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby oraz edukacja.
3) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
4) pielęgniarka koordynująca pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu,
5) pielęgniarka;
6) fizjoterapeuta;
7) opiekun medyczny;
8) terapeuta zajęciowy;
9) psycholog, który udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
10) dietetyk, który z chwilą przyjęcia pacjenta do Dziennego Domu Opieki Medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów,
11) logopeda, który będzie udzielał świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;
12) farmaceuta, którego zadaniem będzie sprawowanie opieki farmaceutycznej- czuwanie nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta oraz edukacja farmaceutyczna.

§ 20

1. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny zobowiązany jest do przeprowadzania cotygodniowych narad w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii.
2. W cotygodniowych naradach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu. Termin spotkania wyznacza kierownik zespołu czyli pielęgniarka koordynująca.

§ 21

Dodatkowo, w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

§ 22

Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny ustala czas trwania pobytu w DDOM dla każdego pacjenta, przy czym nie może on być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni.

§ 23

1. Pobyt może zostać skrócony z 30 dni 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 ciągu 30 pierwszych dni roboczych, pacjenci przebywać będą w DDOM przez 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

§ 24

Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny na etapie kwalifikacji pacjenta do DDOM lub najpóźniej w trzecim dniu od przyjęcia pacjenta do DDOM dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb – również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Zastosowanie określonych i wskazanych poniżej narzędzi do oceny stanu zdrowia pacjenta powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny wg skali VES-13.

§ 25

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej pacjentów przeprowadza się:

a) W przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- ocenę fizyczną:

- stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem;

- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.

b) W przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- ocenę fizyczną:

- stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem;

- ocenę stanu umysłowego:

- ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisem.
- określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę przy kwalifikacji pacjenta bądź w momencie przyjęcia i przed wypisem.

ROZDZIAŁ VI
REKRUTACJA PACJENTÓW DO DDOM
§ 26

1) Rekrutacja jest prowadzona w trybie ciągłym.
2) 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 7).

3) 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
4) Powyższe druki można pobrać w sekretariacie bądź ze strony internetowej http://www.centrum.med.pl w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.
5) Dokumenty mogą być dostarczone osobiście przez pacjenta, rodzinę bądź jego opiekuna lub pocztą na adres wskazany powyżej.
6) Data wpływu dokumentów do DDOM (dyżurka lekarska i pielęgniarska) decyduje o kolejności rejestracji w kolejce oczekujących.
7) O przyjęciu decyduje spełnienie wszystkich kryteriów przyjęcia, kolejność zgłoszeń, pierwszeństwo osób powyżej 65 r.ż.
8) Rekrutacja prowadzona będzie w trybie ciągłym do dnia 14.05.2018 r., lub do wyczerpania liczby miejsc zadeklarowanych w projekcie.
9) W pierwszym etapie wymagane jest złożenie kompletnych dokumentów przez osoby zainteresowane objęciem opieki. O zakwalifikowaniu pacjenta do kolejnego etapu poinformujmy drogą telefoniczną.
10) 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.
11) Osoby nie zakwalifikowane do projektu ze względu na brak wolnych miejsc zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
12) Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości dostępu do świadczeń bez względu m.in. na płeć, niepełnosprawność, status społeczny, pochodzenie.
13) W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do projektu nie będą odsyłane dokumenty zgłoszeniowe. Będą one znajdować się w siedzibie DDOM.
14) Na wszystkie złożone wnioski zostanie udzielona odpowiedź o zakwalifikowaniu /bądź nie zakwalifikowaniu / do projektu w formie listownej, telefonicznej lub drogą elektroniczną.
15) Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przesyłać drogą elektroniczną na adres: ddom@centrum.med.pl
16) Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia:
   a. Deklaracja udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
17) Osobom, którym udzielone będzie wsparcie w formie zapewnienia bezpłatnego transportu do/z DDOM zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia zobowiązania rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.
18) Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem Uczestnika/Opiekuna wraz z datą wypełnienia dokumentów.

19) 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.
20) 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
21) Po zakończeniu udziału pacjent i opiekun pacjenta/członek rodziny wypełnia ankietę oceniająca usługi DDOM.

ROZDZIAŁ VII
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 27

W razie istotnej dysfunkcji motorycznej narządów ruchu pacjenta, która zostanie oceniona przez WZT, DDOM świadczy bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM-u i powrót do miejsca zamieszkania. W tym przypadku wymagana będzie zgoda i zobowiązanie rodziny/ opiekuna do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (zał. nr 4)

§ 28

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.

§ 29

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

§ 30

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.

§ 31

Pacjent może korzystać ze świadczeń DDOM tylko raz w czasie trwania projektu (nie dotyczy pacjentów, którzy przerwali leczenie z powodu pogorszenia się stanu zdrowia).

§ 32

Pacjent zobowiązany jest do korzystania ze świadczeń w DDOM w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy uczestników projektu. W przypadku nieuzasadnionej nieobecności w okresie 3 dni roboczych następuje skreślenie pacjenta z listy uczestników projektu.

§ 33

W przypadku skreślenia uczestnika projektu, na jego miejsce zostanie zakwalifikowana kolejna osoba z listy oczekujących.

ROZDZIAŁ VIII
POSTANIOWIENIA KOŃCOWE

§ 34

Zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.

§ 35

Regulamin zatwierdza Zarząd Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.

§ 36

Dokumentacja pacjentów DDOM w czasie trwania projektu będzie dostępna na miejscu tj. w siedzibie DDOM przy ul. Olsztyńskiej 2 w Mińsku Mazowieckim.

§ 37

Regulamin wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

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 Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej

Zał. nr 6 Wykaz badań laboratoryjnych
Zał. Nr 7 Formularz zgłoszenia

Zatwierdzony przez:

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

"CENTRUM" Sp. z o.o.
MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE
Artur Brusaczyk
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

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

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

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 Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych w Dziennym Domu Opieki Medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Dziennym domu opieki medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej

Świadczenia zdrowotne są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Rehabilitacja lecznicza – zabiegi fizjoterapeutyczne, które mogą być wykonywane w ramach Dziennego domu opieki medycznej:

1. kinezyterapia:

1.1. indywidualna praca ze świadczeniobiorcą (w szczególności: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 minut,

1.2. ćwiczenia wspomagane - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,

1.3. ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,

1.4. ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,

1.5. ćwiczenia izometryczne - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,

1.6. nauka czynności lokomocji - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,

1.7. inne formy usprawniania (kinezyterapia) - czas trwania zabiegu - minimum 15 minut,

1.8. ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 świadczeniobiorców na 1 terapeutę).

2. masaż:

2.1. masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego świadczeniobiorcę, w tym minimum 15 minut czynnego masażu,

2.2. masaż limfatyczny ręczny – leczniczy.

3. elektrolecznictwo:

3.1. galwanizacja,

3.2. jonoforeza,

3.3. elektrostymulacja,

3.4. tonoliza,

3.5. prądy diadynamiczne,

3.6. prądy interferencyjne,

3.7. prądy TENS,

3.8. prądy TRAEBERTA,

3.9. ultradźwięki miejscowe,

3.10. ultrafonoforeza.

4. leczenie polem elektromagnetycznym:

4.1. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości,

4.2. impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości.

5. światłolecznictwo i termoterapia:

5.1. naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym - miejscowe,

5.2. laseroterapia - skaner,

5.3. laseroterapia punktowa,

6. krioterapia:

6.1. krioterapia - miejscowa (pary azotu).

Zał. nr 6 Wykaz badań laboratoryjnych

Wykaz badań laboratoryjnych, które mogą być wykonane w Dziennym domu opieki medycznej (w przypadku, gdy nie były wykonane u pacjenta przed przyjęciem), a znajomość ich wyników jest niezbędna do przeprowadzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej:

1. Analiza moczu;
2. Morfologia;
3. CRP;
4. Glukoza;
5. TSH;
6. Cholesterol;
7. Albumina;
8. Kreatynina (czynność nerek do wyliczenia eGFR);
9. Funkcje wątroby: co najmniej ALAT;
10. Elektrolity: sód i potas.

Ponadto konieczne jest wykonanie badania EKG.

Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Zał. nr 7 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*