*„***Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu łukowskiego*”*****PLU.11.02.00-06-0075/18-02**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

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

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

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

Numer PESEL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA KWALIFIKACJI** | **ILOŚĆ PUNKTÓW MOŻLIWYCH DO UZYSKANIA** | **ILOŚĆ UZYSKANYCH PUNKTÓW** |
| **KRYTERIA KWALIFIKACJI OBLIGATORYJNE** |
| os. zamieszkała na terenie województwa lubelskiego | **1** |  |
| os. niesamodzielna - skala Barthel 40-65 | **1** |  |
| os. pełnoletnia | **1** |  |
| os. kierowana bezpośrednio po hospitalizacji lub os. u której występuję ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub os. po przebytej hospitalizacji w przeciągu ostatnich 12 m-cy | **1** |  |
| **KRYTERIA KWALIFIKACJI PREMIUJĄCE** |
| wiek > 65r.ż | **1** |  |
| brak opiekuna, rodziny, os. samotna | **1** |  |
| niepełnosprawność (orzecz. o st. niepełnospr.) | **1** |  |
| **ILOŚĆ ZDOBYTYCH PUNKTÓW** |  |

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

Miejscowość, data PODPIS PIELĘGNIARKI KOORDYNUJĄCEJ