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

Grudzień 2019

Regulamin rekrutacji do udziału w projekcie pn. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego” RPMA.09.02.02-14-b434/18

§ 1
INFORMACJE OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin określa warunki rekrutacji uczestników do projektu pt. *„**O**rganizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego”* realizowanego w ramach konkursu nr Umowa nr RPMA.09.02.02-14-b434/18, *osi priorytetowej ix wspieranie włączenia społecznego i walki z ubóstwem działania 9.2 usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*programu operacyjnego województwa lubelskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków unii europejskiej w ramach europejskiego funduszu społecznego
ilekroć w regulaminie jest mowa o:

1) **deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej** – proces przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, realizowany zgodnie z *„Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”* i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej

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 łukowskiego” w ramach RPO 2014-2020;

12) **Projekt** - przedsięwzięcie zmierzające do osiągnięcia założonego celu określonego wskaźnikami, z określonym początkiem i końcem realizacji, zgłoszone do objęcia albo objęte współfinansowaniem UE jednego z funduszy strukturalnych albo Funduszu Spójności w ramach programu operacyjnego

13) **Termin realizacji projektu** - oznacza okres od 01.10.2019r. do 31.09.2021r.;

14) **Okres świadczenia opieki medycznej pacjentom DDOM w ramach projektu**- od 02.01.2020 r. do 31.09.2021r.;

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) **UE** - Unia Europejska;
21) **CMD**- Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach;
22) **EFS** – Europejski Fundusz Społeczny;
23) **RPO** - Regionalny Program Operacyjny

§ 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 Garwolinie dla 120 osób (w tym 74 kobiet i 46 mężczyzn) w tym co najmniej 50 osób w wieku powyżej 65 lat, zamieszkałych na terenie powiatu garwolińskiego w okresie trwania projektu tj. 01.10.2019-30.09.2021r.

2. Grupa docelową będzie 120 osób (w tym 74 kobiet i 46 mężczyzn) w tym co najmniej 60 osób w wieku powyżej 65 lat. zamieszkałych na terenie województwa mazowieckiego z obszaru powiatu garwolińskiego, które:

-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;

-pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub 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.Doposażenie w sprzęt pomieszczeń przeznaczonych bezpośrednio na dzienny dom opieki zdrowotnej.
2. a i b Prowadzenie dziennego domu opieki medycznej,

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. REKRUTACJA pacjentów :

Kryteria włączenia do projektu:

-osoba mieszkająca na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński

-osoba, która w okresie 12 miesięcy miała udzielone świadczenie zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego

-osoba, która uzyskała 40-65 pkt w skali Barthel

-osoba, która ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Kryteria wyłączenia z projektu:

Osoby wyłączone z udziału w projekcie:

-osoba korzystające ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej

-osoba korzystająca z rehabilitacji leczniczej(o. dzienny lub stacjonarny); gdy wskazaniem jest zaawansowana chor. psychiczna lub uzależnienie)

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) oświadczenie uczestnika (zał. nr 5)
f) Formularz rekrutacyjny (zał. nr. 6).

5. Dokumenty należy składać w **Dziennym Domu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.,Garwolin ul. Korczaka 35/3, 08-400 Garwolin,** w dni robocze od godz. 08:00 do 14:30:

a. osobiście w sekretariacie DDOM,
b. listownie w kopercie z dopiskiem „DDOM Garwolin",
c. drogą elektroniczną e- mail: ddom@centrum.med.pl
d. za pośrednictwem GOPSPowyższe druki można pobrać w sekretariacie bądź ze strony internetowej http://www.centrum.med.pl w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.

6. Dokumenty mogą być dostarczone osobiście przez pacjenta, rodzinę bądź jego opiekuna lub pocztą na adres wskazany powyżej.

7. Data wpływu dokumentów do DDOM (dyżurka lekarska i pielęgniarska) decyduje o kolejności rejestracji w kolejce oczekujących.

8.Rekrutacja prowadzona będzie w trybie ciągłym do dnia 01.10.2019 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. Osoba może w całym okresie realizacji projektu skorzystać ze wsparcia DDOM tylko raz.

15. Na wszystkie złożone wnioski zostanie udzielona odpowiedź o zakwalifikowaniu /bądź nie zakwalifikowaniu / do projektu w formie listownej, telefonicznej lub drogą elektroniczną.

16. Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przesyłać drogą elektroniczną na adres: ddom@centrum.med.pl

17. Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia dokumentów wymienionych w pkt. 4 § 3.

18 Osobom, którym udzielone będzie wsparcie w formie zapewnienia bezpłatnego transportu do/z DDOM zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia dokumentu z**gody i zobowiązania się rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu** stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.
19. Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem Uczestnika/Opiekuna wraz z datą wypełnienia dokumentów.
20. 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.

21. 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.).
22.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 projektu w ramach RPO
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 Oświadczenie uczestnika projektu
Zał. nr. 6 Formularz rekrutacyjny

Zatwierdzony przez:

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego”

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 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 mocz	
	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 uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisana/y:

……
(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie

*pn. „**O**rganizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego”*

w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach:*

OSI PRIORYTETOWEJ IX Wspieranie włączenia społecznego i walki z ubóstwem

DZIAŁANIA 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej

NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: RPMA.09.02.02-14-b434/18

oraz deklaruję że 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 się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu,

2. kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.
3. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu i oceną funkcjonowania DDOM.
4. 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 WM na lata 2014 -2020.
5. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), materiałów medialnych z użyciem podstawowych danych osobowych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.z o.o. w Siedlcach oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę rościł sobie żadnych praw z tego tytułu.
6. Powyższa zgoda nie posiada ram czasowych ani terytorialnych oraz obejmuje różnorodne formy publikacji projektu takie jak: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.centrum.med.pl, w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie na potrzeby realizacji i promocji projektu moich zdjęć, nie będzie naruszeniem moich dóbr osobistych.
7. 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.

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

Dane uczestniczki/uczestnika:		
1	Kraj	
2	Imię	
	Nazwisko	
4	PESEL	
5	Brak PESELU	**I.**
6	Płeć	2) Kobieta 3) Mężczyzna
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie:	**1)** gimnazjalne, **2)** niższe niż podstawowe, **3)** podstawowe, **4)** policealne, **5)** ponadgimnazjalne, **6)** wyższe
Dane kontaktowe:		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	

4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	Nr budynku	
7.	Nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres email	
Dane dodatkowe:		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: • osoba długotrwale bezrobotna • inne
		2. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: • osoba długotrwale bezrobotna • inne
		3. osoba bierna zawodowo w tym: • inne • osoba ucząca się • osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
		4. osoba pracująca w tym: • osoba pracująca w administracji rządowej • osoba pracująca w administracji samorządowej • inne • osoba pracująca w MMŚP • osoba pracująca w organizacji pozarządowej • osoba prowadząca działalność na własny rachunek • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

2	Wykonywany zawód INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”	• inny • instruktor praktyczne nauki zawodu • nauczyciel kształcenia ogólnego • nauczyciel wychowania przedszkolnego • pracownik kształcenia zawodowego • pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia • kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej • pracownik instytucji rynku pracy • pracownik instytucji szkolnictwa wyższego • pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej • pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej • pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej • rolnik
3	Zatrudniony w: INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”	
4	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia 5. Nie 6. Odmowa podania informacji 7. Tak Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań 8. Tak 9. Nie Osoba z niepełnosprawnościami 10. Nie 11. Odmowa podania informacji 12. Tak Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, 13. Nie 14. Tak w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu 15. Tak 16. Nie Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu 17. Tak 18. Nie Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) 19. Nie 20. Odmowa podania informacji

		21. Tak

…….
Miejsce, data

…….
Podpis uczestnika projektu

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

„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego"

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 Oświadczenie uczestnika projektu

Załącznik nr 4 do umowy: Wzory dot. obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania danych osobowych[1]:

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. **Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020,**
2. **Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.**

I. **W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego" oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa dla zbioru nr 1.
b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.

[1] Wzory przedstawiają minimalny zakres danych, który może być, w razie potrzeby, uszczegółowiony przez Beneficjenta

2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:

a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460 z późn. zm.),
d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

a. Instytucji Zarządzającej RPO WM 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Mazowieckie z siedzibą przy ul. Jagielońskiej 26, 03-719 Warszawa,
b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt –Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul.Niklowa 9 08-110 Siedlce (nazwa i adres beneficjenta oraz ewentualnych partnerów),
c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - brak (nazwa i adres ww. podmiotów)[2].

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WM 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.[3]

[2] Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.
[3] Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.

9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.

10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Jagielońska 26, 03-719 Warszawa.

12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.

14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.

15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.

16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
   a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
   b. Osoba z niepełnosprawnościami
   c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

☐ wyrażam zgodę na podanie informacji ☐ odmawiam podania informacji

2) Osoba z niepełnosprawnościami

☐ wyrażam zgodę na podanie informacji ☐ odmawiam podania informacji

3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:
   a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
   b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
   c. Osoba z niepełnosprawnościami

☐ wyrażam zgodę na podanie informacji ☐ odmawiam podania informacji

…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

Zał. nr 6 Formularz rekrutacyjny

„Organizacja i prowadzenie domu dziennej opieki medycznej drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu garwolińskiego"

FORMULARZ REKRUTACYJNY

……

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

……

Numer PESEL

KRYTERIA KWALIFIKACJI	NIEZBĘDNE DOKUMENTY	POSIADANIE DOKUMENTÓW
KRYTERIA WŁĄCZENIA	**TAK/NIE**	
os. zamieszkała na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński	**dowód tożsamości**	
os. niesamodzielna - skala Barthel 40-65	**skala barthel**	
os. pełnoletnia	**dowód tożsamości**	

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	**skierowanie do ddom wydane przez lekarza poz lub ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu**	
os. u której występuję ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub os. po przebytej hospitalizacji w przeciągu ostatnich 12 m-cy	**1)informacja umieszczona na skierowanie do DDOM o wystąpieniu ryzyka hospitalizacji 2)wypis ze szpitala**	
os. która ma prawo do świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych	**1)dokument potwierdzający prawo do ubezpieczenia i/lub 2)weryfikacja w systemie Ewuś**	
KRYTERIA WYŁĄCZENIA		
os. korzystająca ze świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej	**oświadczenie**	
os. korzystająca z rehabilitacji leczniczej (od. dzienny lub stacjonarny)	**oświadczenie**	
os. z zaawansowaną chorobą psychiczną lub uzależnieniem	**oświadczenie**	

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a ……, oświadczam, że:

- **nie korzystam** ze świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej
- **nie korzystam** z rehabilitacji leczniczej, na oddziale dziennym lub stacjonarnym
- **nie mam** zaawansowanej choroby psychicznej lub uzależnienia

…… ……

Miejsce, data Podpis osoby ubiegającej się pobyt w DDOM

Stwierdzam, że osoba …… ubiegająca się o miejsce w Dziennym Domu Opieki Medycznej spełnia Kryteria Włączenia i tym samym zostaje zakwalifikowana do udziału w projekcie.
Nie stwierdzono wystąpienia Kryteriów Wyłączenia, wykluczających osobę z udziału w projekcie.

…… ……

Miejsce, data Podpis pielęgniarki koordynującej