

Załącznik 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 |
|--|---|-----------------------|
| <b>KRYTERIA WŁĄCZENIA</b>  | <b>TAK/NIE</b>  |                       |
| os. zamieszkała na terenie województwa mazowieckiego, powiat garwoliński   | dowód tożsamości  |                       |
| os. niesamodzielna - skala Barthel 40-65<br>os. pełnoletnia  | skala barthel<br>dowód tożsamości   |                       |
| os. kierowana bezpośrednio po hospitalizacji lub os. u której występuje 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 występuje 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<br>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                          |                       |
| <b>KRYTERIA WYŁĄCZENIA</b>   |   |                       |
| 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



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Rzeczpospolita  
Polska

**Mazowsze.**  
serce Polski

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- **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