Zał. nr 6 Formularz rekrutacyjny

***„Organizacja i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Hołubli drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu siedleckiego”
Projekt RPMA.09.02.02-14-B424/18***

**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 siedlecki | **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