**REGULAMIN REKRUTACYJNY**

**DZIENNEGO**

**DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**W Hołubli**

**Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.**

**GRUDZIEŃ 2021**

**Regulamin rekrutacji do udziału w projekcie pn.**

*„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*

**§ 1**

**INFORMACJE OGÓLNE**

1. Niniejszy Regulamin określa warunki rekrutacji uczestników do projektu **pt*.*** ***„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***realizowanego w ramach konkursu, *osi priorytetowej IX wspieranie włączenia społecznego i walki z ubóstwem działania 9.2 usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej* programu operacyjnego województwa mazowieckiego 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 Dziennego Domu Opieki Medycznej w Hołubli drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu siedleckiego” Projekt RPMA.09.02.02-14-B424/18***w ramach RPO WM 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 01.10.2021 r. do 30.09.2023 roku;

14) **Okres świadczenia opieki medycznej pacjentom DDOM w ramach projektu**- od 01.01.2022 r. do 30.09.2023 r.;

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 Hołubli dla 120 osób ( w tym 72 kobiet i 48 mężczyzn) w tym co najmniej 50 osób w wieku powyżej 65 lat, zamieszkałych na terenie powiatu siedleckiego w okresie trwania projektu tj. 01.10.2022 -30.09.2023 r. w tym przyjęć pacjentów od 01.01.2022 do 30.09.2023 roku.

2. Grupa docelową będzie 120 osób ( w tym 72 kobiet i 48 mężczyzn) w tym co najmniej 60 osób w wieku powyżej 65 lat. zamieszkałych na terenie województwa mazowieckiego z obszaru powiatu sokołowskiego, 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 siedlecki

-osoba, która jest bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, lub u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia 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:

1. skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej (zał. nr 1)
2. 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
3. deklarację udziału w projekcie (zał. nr 3)
4. zgodę i zobowiązanie rodziny / opiekuna pacjenta (zał. nr 4)
5. oświadczenie uczestnika (zał. nr 5)
6. Formularz rekrutacyjny (zał. nr. 6).

5. Dokumenty należy składać w **Dziennym Domu Opieki Medycznej - Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o., Hołubla, ul. Siedlecka 68** w dni robocze od godz. 08:00 do 14:30:

* 1. osobiście w sekretariacie DDOM,
  2. listownie w kopercie z dopiskiem „DDOM Hołubla”,
  3. drogą elektroniczną e- mail: [ddom@centrum.med.pl](mailto:ddom@centrum.med.pl)
  4. za pośrednictwem GOPS Powyższe 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 30.09.2023 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. O przyjęciu decyduje suma uzyskanych punktów w ramach kryteriów obligatoryjnych i premiujących wg załącznika nr 6 Regulaminu Rekrutacyjnego- formularz rekrutacyjny, następnie kolejność zgłoszeń,

12. Osoby nie zakwalifikowane do projektu ze względu na brak wolnych miejsc zostaną umieszczone na liście rezerwowej.

13. Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości dostępu do świadczeń bez względu m.in. na płeć, niepełnosprawność, status społeczny, pochodzenie.

14. W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do projektu nie będą odsyłane dokumenty zgłoszeniowe. Będą one znajdować się w siedzibie DDOM.

15. Osoba może w całym okresie realizacji projektu skorzystać ze wsparcia DDOM tylko raz.

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

17. Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przesyłać drogą elektroniczną na adres: [ddom@centrum.med.pl](mailto:ddom@centrum.med.pl)

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

19. Osobom, którym udzielone będzie wsparcie w formie zapewnienia bezpłatnego transportu do/z DDOM zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej w pierwszym dniu wsparcia dokumentu zgody i zobowiązania się rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.

20. Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem Uczestnika/Opiekuna wraz z datą wypełnienia dokumentów.

21. 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.

22. 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.).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 wymaga1) 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**

*„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*

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-B424/18*

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.

1. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją

projektu i oceną funkcjonowania DDOM.

1. 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.
2. 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.
3. 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](http://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 |  | | | | | | | | | | |
| 6 | Płeć | 1. Kobieta 2. 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: | * osoba bezrobotna niezarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy   w tym:   * osoba długotrwale bezrobotna * inne | | | | | | | | | | |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy   w tym:   * osoba długotrwale bezrobotna * inne | | | | | | | | | | |
| * osoba bierna zawodowo   w tym:   * inne * osoba ucząca się * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | | | | | | | |
| * 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   * Nie * Odmowa podania informacji * Tak   Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań   * Tak * Nie   Osoba z niepełnosprawnościami   * Nie * Odmowa podania informacji * Tak   Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,   * Nie * Tak   w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu   * Tak * Nie   Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu   * Tak * Nie   Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)   * Nie * Odmowa podania informacji * Tak | | | | | | | | | | |

……………………………………. ………………………………………………….

Miejsce, data Podpis uczestnika projektu

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

***„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***

**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 do Regulaminu Rekrutacyjnego – Oświadczenie uczestnika projektu**

**Oświadczenie uczestnika projektu**

**(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art.14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *„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* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa.
3. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy PI. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
4. Podstawę prawną przetwarzanie moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. C oraz art.9 ust.2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE 9ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, późn.zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:

1)w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:

a)rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006.

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. z 2017r. poz. 1460, z późn. zm.).

2.   W odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020

d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi , certyfikującymi, audytowymi   
i pośredniczącymi.

3.   Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu *„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* w szczególności potwierdzenie kwalifikowalności wydatków, udzielenie wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej- Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt: Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. ul. Niklowa 9, 08-110 Siedlce, beneficjentowi realizującemu projekt oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom, realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą być również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

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

6.   W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informację nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

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

8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w sprawie indywidualnej.

9.   Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizacji dokumentacji.

10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@mazovia.pl](mailto:iod@mazovia.pl)

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

12. Mam prawo zażądać dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

…………………………………………….. …………………………………………..

Miejscowość i data Czytelny Podpis uczestnika projektu

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 sokołowski | **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