

ZAŁĄCZNIK NR 1

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu: „ *Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej na Ochocie*”

Nr projektu: *RPMA.09.02.02-14-b423/18*

Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: *IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem*

Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: *9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej*

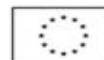
Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: *9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych*

INFORMACJE PODSTAWOWE:			
<b>DANE UCZESTNIKA:</b>			
IMIĘ I NAZWISKO			
DATA I MIEJSCE URODZENIA			
PESEL		TELEFON STACJONARNY	
E-MAIL		TELEFON KOMÓRKOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup>	ULICA		
	NUMER DOMU		
	NUMER LOKALU		
	KOD POCZTOWY		
	MIEJSCOWOŚĆ		
	GMINA		
	POWIAT		
WOJEWÓDZTWO			
OBSZAR	<input type="checkbox"/> MIEJSKI <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> WIEJSKI <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast.

<sup>3</sup> Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko-miejskiej



WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIE PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE SZKOŁY GIMNAZJALNEJ) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (WYKSZTAŁCENIE ŚREDNIE LUB ZASADNICZE ZAWODOWE) <input type="checkbox"/> POMATURALNE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE WYŻSZYM NIŻ NA POZIOMIE SZKOŁY ŚREDNIEJ, KTÓRE JEDNOCZEŚNIE NIE JEST WYKSZTAŁCENIEM WYŻSZYM) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (PEŁNE I ZAKOŃCZONE WYKSZTAŁCENIE NA POZIOMIE WYŻSZYM)	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA	<input type="checkbox"/> EMERYT/RENCISTA <input type="checkbox"/> INNE (JAKIE? .....)	
STATUS OSOBY	<input type="checkbox"/> OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ <sup>4</sup> LUB ETNICZNEJ <sup>5</sup> , IMIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ <input type="checkbox"/> OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJACYCH: W TYM: <input type="checkbox"/> OSOBA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA

### KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

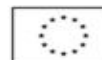
KRYTERIA PODSTAWOWE OBOWIĄZKOWE		
JESTEM OSOBA, KTÓRA POSIADA PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA 18 ROK ŻYCIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM MIESZKAŃCEM POWIATU M.ST. WARSZAWY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA NIESAMODZIELNĄ, KTÓREJ STAN ZDROWIA WSKAZUJE NA NIESAMODZIELNOŚĆ OSIĄGAJĄC 40-65 PKT W SKALI BARTHEL	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA BEZPOŚREDNIO PO PRZEBYTEJ HOSPITALIZACJI, A MÓJ STAN ZDROWIA WYMAGA WZMOŻONEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ, NADZORU NAD TERAPIĄ FARMAKOLOGICZNA, KOMPLEKSOWYCH DZIAŁAŃ USPRAWNIAJĄCYCH I PRZECIWDZIAŁAJĄCYCH POSTĘPUJĄCEJ NIESAMODZIELNOŚCI	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA, U KTÓREJ WYSTĘPUJE RYZYKO HOSPITALIZOWANIA W NAJBLIŻSZYM CZASIE LUB U KTÓREJ W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

<sup>4</sup> Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

<sup>5</sup> Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaïmską, łemkowską, romską, tatarską.

<sup>6</sup> Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski

<sup>7</sup> Osoba niepełnosprawna w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



<b>UDZIELONE ZOSTAŁY ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO</b>		
NIE JESTEM OSOBĄ, KTÓRA KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ, PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ ORAZ REHABILITACJI LECZNICZEJ NA ODDZIOLE DZIENNYM LUB STACJONARNYM.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
NIE JESTEM OSOBĄ U KTÓREJ PODSTAWOWYM WSKAZANIEM DO LECZENIA JEST CHOROBA PSYCHICZNA LUB UZALEŻNIENIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OŚWIADCZAM, ŻE NIE BIORĘ UDZIAŁU W INNYM ANOLOGICZNYM PROJEKCIE FINANSOWANYM Z EFS U INNEGO BENEFICJENTA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>KRYTERIA DODATKOWE PUNKTOWANE</b>		
JESTEM OSOBĄ, KTÓRA UKOŃCZYŁA 65 LAT	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM MIESZKAŃCEM MIASTECZKA LUB WSI PONIŻEJ 5000 MIESZKAŃCÓW	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ Z MIESIĘCZNYM DOCHODEM NA 1 OSOBĘ SAMOTNIE GOSPODARUJĄCĄ NIE PRZEKRACZAJĄCYM 1051,50 ZŁ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ Z MIESIĘCZNYM DOCHODEM NA 1 OSOBĘ W RODZINIE NIE PRZEKRACZAJĄCYM 792,00 ZŁ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ SAMOTNĄ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ, KTÓREJ OPIEKUN FAKTYCZNY PRACUJE LUB STUDIUJE (UCZY SIĘ)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**ZAŁĄCZNIKI:**

<b>DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DOŁĄCZAM :</b>		
SKIEROWANIE DO DDOM WYDANE PRZEZ LEKARZA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
KARTĘ OCENY OCENY STANU KLINICZNEGO WG SKALI BARTHEL	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ZAŚWIADCZENIE W SPRAWIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OD PRACODAWCY LUB ZE SZKOŁY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
PIT ZA 2018 R. LUB OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI MOCH DOCHODÓW ZA 2018 R.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



## DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję:

- przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą niż standardowa czcionką
- obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- specjalne potrzeby żywieniowe
- Inne ....



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE I OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „ *Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej na Ochocie*”, zwanym dalej „**Projektem**”, współfinansowanym Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020, które zostały zawarte w „Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie” i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego i wyrażam zgodę na udział w ww. projekcie w przypadku zakwalifikowania mojej kandydatury do Projektu.
- Zostałam/zostałem poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis osoby wypełniającej  
formularz

## WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ

DATA OTRZYMANIA DOKUMENTU:	..... ..... (podpis)
----------------------------	----------------------------