

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### Dane wspólne

Lp.	<b>Nazwa: NZOZ „PRZYCHODNIA KRZYSZTOF” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</b>
1	<b>Tytuł projektu: „Twój Drugi Dom - Dzienny Dom Opieki Medycznej w Wałbrzychu”</b>
2	<b>Nr umowy: RPDS.09.03.00-02-0007/20-00</b>
3	<b>Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.</b>

### DANE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA

1.	Rodzaj uczestnika:	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu
2.	Imię	
3.	Nazwisko	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Data urodzenia	
6.	Miejsce urodzenia	
7.	Pesel	
8.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> wyższe
9.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	.....
<b>DANE KONTAKTOWE</b>		
1.	Województwo	
2.	Powiat	
3.	Gmina	

4.	Miejscowość	
5.	Ulica	
6.	nr budynku	
7.	nr lokalu	
8.	Kod pocztowy	
9.	Telefon Kontaktowy	
10.	Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna	
11.	Adres e-mail	

**STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

1.	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> nie
2.	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> nie
3.	Osoba bierna zawodowo (np. emeryt, student, osoby będące na urlopie wychowawczym, itp.)	<input type="checkbox"/> tak w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> nie
4.	Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> tak w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek Nazwa i adres prowadzonej działalności ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> nie

5.	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> tak w tym: Wykonywany zawód <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej</li> <li><input type="checkbox"/> rolnik</li> <li><input type="checkbox"/> inny</li> </ul> Zatrudniona/y w: ..... ..... ..... (należy podać nazwę i adres zakładu pracy) <input type="checkbox"/> nie
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>		
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
4.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak, w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak</li> <li><input type="checkbox"/> nie</li> </ul> <input type="checkbox"/> nie

5.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
----	---	--

6.	Osoba w innej niż wyżej wymienione niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
----	--	--

**INDYWIDUALNE POTRZEBY UCZESTNIKÓW**

1.	Czy uczestnik projektu jest uczulony na produkty spożywcze/ jest na specjalnej diecie?	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> mleko krowie <input type="checkbox"/> białko jaja kurzego <input type="checkbox"/> żółtko jaja kurzego <input type="checkbox"/> pszenicę <input type="checkbox"/> banany <input type="checkbox"/> pomidory <input type="checkbox"/> seler <input type="checkbox"/> ryby – jakie ..... <input type="checkbox"/> orzeszki ziemne <input type="checkbox"/> owoce - jakie ..... <input type="checkbox"/> inne .....
----	--	---

2.	Czy Uczestnik deklaruje skorzystanie z bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
----	---	--

3.	Czy uczestnik ma inne specjalne potrzeby związane z organizacją wsparcia w ramach DDOM/organizacją szkoleń?	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> tak – jakie ..... ..... .....
----	---	---

**KRYTERIA UCZESTNICTWA WE WSPARCIU W RAMACH DDOM**

**(NIE DOTYCZY OPIEKUNÓW/CZŁONKÓW RODZIN OSÓB NIESAMODZIELNYCH)**

**KRYTERIA WŁĄCZENIA:**

1.	Czy uczestnik jest skierowany do projektu bezpośrednio po przebytej hospitalizacji? (potwierdzone wypisem ze szpitala)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Czy u uczestnika występuje ryzyko hospitalizacji w najbliższym czasie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Czy uczestnikowi w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego? (potwierdzone wypisem ze szpitala)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**KRYTERIA WYŁĄCZENIA:**

**(W PRZYPADKU ZAZNACZENIA „TAK” – BRAK MOŻLIWOŚCI UDZIAŁU WE WSPARCIU)**

1.	Czy uczestnik jest osobą korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Czy uczestnik jest osobą, w przypadku której podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystająca ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Kryteria premiujące:		
1.	Osoba powyżej 65 roku życia	<input type="checkbox"/> 3 pkt.
2.	Osoba samotna, która nie ma możliwości korzystania z opieki rodziny	<input type="checkbox"/> 2 pkt.
3.	Osoba zamieszkująca Wałbrzych	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
4.	<b>Suma punktów premiujących</b>	.....

#### Oświadczenia:

1. Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.).
2. Oświadczam, że w okresie realizacji Projektu nie uczestniczę i nie będę uczestniczyć w innym, analogicznym projekcie, o podobnym charakterze, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, że zapoznałam / - em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta w przypadku, gdy dane te ulegną zmianie.

.....  
data

.....  
czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu