



**REGULAMIN
REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W
PROJEKCIE
PT.” DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ –
WSPARCIE DLA OSÓB
POTRZEBUJĄCYCH”
W GOSTYNINIE**

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa

w projekcie

pt. „Dzienny Dom Opieki Medycznej – wsparcie dla osób potrzebujących”

§ 1

Informacje ogólne

Niniejszy Regulamin określa warunki rekrutacji uczestników do projektu pt. „Dzienny Dom Opieki Medycznej – wsparcie dla osób potrzebujących” nr RPMA.09.02.02-14-b419/18 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych (dalej: Projekt) przez NZOZ „Medicus” Gostynin Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 35, 09-500 Gostynin - Beneficjenta Projektu.

§ 2

Cele i założenia projektu

1. Głównym celem projektu jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi, poprzez przygotowanie i wdrożenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających rozwoju form świadczeń zdrowotnych tj. stworzenie 25 miejsc dziennego domu opieki medycznej (DDOM) z którego skorzysta 123 osób w tym 69 kobiet. Min 50% uczestników będzie w grupie wiekowej pow. 65 roku życia tj. 62 osoby w tym 35 kobiet.
2. Grupę docelową projektu stanowią 123 osoby w tym 69 kobiety z obszaru województwa mazowieckiego pow. gostyniński oraz gmin powiatu płockiego (gmina Łąck, gmina Gąbin, gmina Nowy Duninów). Wsparcie kierowane jest do osób niesamodzielnymi, w szczególności do osób powyżej 65 lat (min. 50% łącznej liczby pacjentów tj. 62/35 kobiet), 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 pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Do dziennego domu opieki medycznej mogą być zatem przyjęci:
 - pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnymi oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnymi;
 - pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
3. Projekt wyklucza osoby korzystające 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, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

4. W ramach projektu realizowane są następujące zadania:
 - 1) Zapewnienie funkcjonowania 25 miejsc DDOM w okresie 18 miesięcy (01.02.2020-30.04.2022)
 - 2) Doposażenie w sprzęt i dostosowanie obiektu przeznaczonego bezpośrednio na dzienny dom opieki medycznej w okresie 02.09.2019-29.02.2020
 - 3) Szkolenia dla opiekunów z zakresu pielęgnacji w okresie 01.03.2020-30.04.2022.
5. Przewidziane w ramach projektu wsparcie będzie realizowane w oparciu o standardy Dziennego Domu Opieki Medycznej określone w Załączniku nr 10 do Regulaminu konkursu.

§3

Rekrutacja uczestników

1. Wsparcie w ramach Projektu przeznaczone 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 pielęgniarstwa 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 to: 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. Wymagane dokumenty rekrutacyjne dla osób ubiegających się o objęcie wsparciem w ramach DDOM oraz ich opiekunów/członków ich rodzin (w zakresie, w jakim dotyczy):
 - a) skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wystawione przez lekarza POZ lub, w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu (zał. nr 1)
 - b) karta oceny stanu klinicznego wg skali Barthel (zał. nr 2)
 - c) deklaracja udziału w projekcie (zał. nr 3)
 - d) oświadczenia Uczestnika Projektu dotyczące danych osobowych (zał. nr 4)
 - e) zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna pacjenta (zał. nr 5)



4. Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
5. Dokumenty rekrutacyjne należy składać w siedzibie NZOZ „Medicus” Gostynin Sp. z o.o. ul. Wojska Polskiego 35, 09-500 Gostynin w rejestracji, w dni robocze od godz. 8.00 do 18.00, w kopercie z dopiskiem „DDOM”.
6. Druki można pobrać w rejestracji bądź ze strony internetowej <http://www.medicus.org.pl/index.php/projekty-eu> w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.
7. Dokumenty mogą być dostarczone osobiście przez pacjenta, jego rodzinę/opiekuna lub pocztą na adres wskazany powyżej.
8. Data wpływu dokumentów do sekretariatu decyduje o kolejności rejestracji w kolejce oczekujących.
9. Rekrutacja prowadzona jest w trybie ciągłym od dnia 01.03.2020 r. do 16.03.2022 r lub do wyczerpania liczby miejsc zadeklarowanych w projekcie.
10. Weryfikacja dokumentów rekrutacyjnych dokonywana jest przez Zespół rekrutacyjny powołany przez Kierownika DDOM.
11. O przyjęciu do projektu decyduje spełnienie wszystkich kryteriów przyjęcia oraz wykluczenie kryteriów wyłączenia. O kolejności dostępu do wsparcia decydują kryteria premiujące oraz kolejność zgłoszeń.
12. Zostaną zastosowane kryteria premiujące:
 - a. osoby powyżej 65 roku życia - 3 pkt,
 - b. osoby samotne, które nie mają możliwości korzystania z opieki rodziny - 2 pkt,
 - c. osoby zamieszkujące miasta średnie, lub miasta średnie tracące funkcje społeczno- gospodarcze - 1 pkt.
13. W przypadku tożsamej liczby punktów będzie decydować kolejność zgłoszeń.
14. W procesie rekrutacji zostanie utworzona lista podstawowa, a w przypadku liczby zgłoszeń przewyższającej liczbę miejsc w DDOM - lista rezerwowa, z której w pierwszej kolejności po zwolnieniu się miejsca, będą rekrutowane osoby wg uzyskanej punktacji, z uwzględnieniem rekomendacji wynikających z poziomu realizacji wskaźników projektu.
15. W przypadku złożenia niekompletnych/niepoprawnych dokumentów konieczne jest uzupełnienie braków lub korekta błędów w terminie 3 dni roboczych od daty poinformowania o tym fakcie. Nieuzupełnienie braków/brak korekty w dokumentach będzie skutkowało skreśleniem z listy oczekujących.

16. Osoby zakwalifikowane do udziału w Projekcie zobowiązane będą do dostarczenia najpóźniej na 3 dni przez rozpoczęciem udziału w projekcie:
 - a. oświadczenia Uczestnika Projektu dotyczącego danych osobowych (zał. nr 4)
 - b. oświadczenia rodziny o współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu - jeżeli będzie on/a korzystał/a z transportu do/z DDOM (zał. nr 5)
17. Niedostarczenie w terminie dokumentów wymienionych w punkcie 4 będzie skutkowało wykreśleniem Uczestnika/czki z Projektu. Do projektu zostanie zakwalifikowana wówczas osoba z listy rezerwowej.
18. Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem Uczestnika/Opiekuna wraz z datą wypełnienia dokumentów.
19. W uzasadnionych przypadkach Zespół rekrutacyjny ma prawo zweryfikować wiarygodność danych podanych w formularzu rekrutacyjnym i załącznikach przez sprawdzenie ich w odpowiednich instytucjach lub zobowiązanie uczestników do przedłożenia stosownych dokumentów.
20. Wszyscy aplikujący do projektu otrzymają odpowiedź o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu - w formie listownej, telefonicznej lub drogą elektroniczną.
21. Osoba może w całym okresie realizacji projektu skorzystać ze wsparcia DDOM tylko jeden raz. Osoba może w tym samym czasie pozostawać pod opieką tylko jednego DDOM.
22. Rekrutacja do działań edukacyjnych dla w ramach Zadania nr 3 będzie korelowała z rekrutacją uczestników przyjmowanych do DDOM, gdyż działania te skierowane są do rodziny i opiekunów pacjenta.
23. Dokumentacja rekrutacyjna przetwarzana jest i przechowywana z poszanowaniem postanowień zapisów Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000, zwana dalej „Ustawą”) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, a także z uwzględnieniem obowiązujących okresów archiwizacji dokumentacji medycznej.
24. Projekt będzie realizowany zgodnie ze standardami dostępności stanowiącym załącznik do Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020. Wnioskodawca na etapie rekrutacji i realizacji projektu niweluje bariery utrudniające lub uniemożliwiające udział w projekcie osobom z niepełnosprawnościami w szczególności poprzez zapewnienie dostępności architektonicznej i logistycznej lokalu, dostępności strony internetowej, możliwości osobistego spotkania z osobą aplikującą do projektu. Wszystkie materiały promocyjne i szkoleniowe będą zgodne z zasadą uniwersalnego projektowania, a formularze dokumentów dostępne zarówno w wersji papierowej jak i elektronicznej.

25. Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przesyłać drogą elektroniczną na adres: sekretariat@medicus.org.pl.

§ 4

Prawa i obowiązki uczestników

1. Uczestnik/czka projektu ma prawo do:

- 1) poddania się ocenie sprawności przez zespół terapeutyczny w zakresie funkcjonalności podstawowych i złożonych czynności życiowych; ocenie odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego. W zależności od potrzeb poddania się ocenie innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, niewydolności krążeniowo-oddechowej, ryzyka upadków, a w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywania oceny geriatrycznej (COG), ocenie 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) badań diagnostycznych oraz specjalistycznych konsultacji 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 uzasadnionej 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. Uczestnik/czka projektu ma obowiązek:

- 1) przestrzegania kultury, dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny,
- 2) troski o mienie DDOM-u, a w szczególności będące w bezpośredniej jego dyspozycji,
- 3) niezwłocznego powiadomienia personelu o awarii, uszkodzeniu sprzętu lub urządzeń DDOM-u,
- 4) przestrzegania ustalonych godzin spożywania posiłków,
- 5) aktywnego uczestnictwa w zabiegach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej i zajęciach edukacyjnych,
- 6) przestrzegania przyjętych zasad współżycia pomiędzy pacjentami i personelem DDOM oraz zastosowania się do zaleceń kierownika i pozostałych pracowników DDOM,
- 7) przestrzegania bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i palenia tytoniu,
- 8) nieopuszczania jednostki bez zgody personelu DDOM,
- 9) przestrzegania zasad ustalonych w aktach prawa wewnętrznego,
- 10) zachowania respektującego prawo innych pacjentów do wypoczynku.

2. Uczestnik/czka projektu lub członek rodziny/ opiekun mają ponadto obowiązek:

- 1) stosować się do wewnętrznych regulaminów obowiązujących w NZOZ „Medicus” Gostynin Sp. z o.o.,
- 2) współpracować z zespołem terapeutycznym w przygotowaniu pacjenta do transport,
- 3) dostarczyć leki zażywane przewlekle przez pacjenta (choroby przewlekłe) w oryginalnych opakowaniach z datą ważności,
- 4) informować telefonicznie o nieobecności uczestnika projektu,
- 5) uczestniczyć w szkoleniach dla opiekunów osób niesamodzielnych.
- 6) poświadczać obecność/korzystanie ze świadczeń/działań realizowanych w ramach DDOM poprzez wypełnianie wskazanych list obecności/odbioru materiałów/transportu (lista obecności może być jednocześnie potwierdzeniem odebrania cateringu/przerwy kawowej/materiałów/transportu, gdzie wskazano).
- 7) Uzupełniać na prośbę Beneficjenta ankiety / dokumenty służące celom monitorowania działań wskaźników Projektu (ewaluacja szkoleń, monitorowanie poziomu satysfakcji uczestników, etc.).

§ 5

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 uczestnik/czka może zostać obciążony/na 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. W przypadku gdy uczestnik/czka zrezygnuje z udziału w projekcie w trakcie jego trwania w jego miejsce zostaje zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej.
5. Wnioskodawca zastrzega sobie prawo skreślenia z listy uczestników osobę z natychmiastowym rozwiązaniem umowy uczestnictwa 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.

§ 6

Postanowienia końcowe

1. Każdy uczestnik DDomu zobowiązany jest do zapoznania się z niniejszym Regulaminem i do przestrzegania jego postanowień.
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. Regulamin może ulec zmianie w sytuacji zmiany Wytycznych lub innych dokumentów programowych dotyczących realizacji Projektu.
5. Daty realizacji projektu (i wynikające z tego daty i okresy realizacji poszczególnych zadań) mogą ulec zmianie w wyniku ustaleń z Instytucją Pośredniczą.
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: <http://www.medicus.org.pl/index.php/projekty-eu>.



Załącznik nr 1

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 leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie



Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do dziennego domu opieki medycznej

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

| Lp. | Czynność ³⁾ | Wynik ⁴⁾ |
|-----|---|---------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje 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-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) | |
| 4. | Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje 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 > 50m | |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje 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) | |
| Wynik kwalifikacji⁵⁾ | | |

2. 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) Niepotrzebne skreślić

2) 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.

3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów



Załącznik nr 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Dane wspólne

| | |
|-----|---|
| Lp. | Nazwa : NZOZ „Medicus” Gostynin Sp. z o.o |
| 1 | Tytuł projektu: Dzienny Dom Opieki Medycznej - wsparcie dla osób potrzebujących |
| 2 | Nr umowy: RPMA.09.02.02-14-b419/18-00 |
| 3 | Działanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych |

Dane uczestniczki/uczestnika:

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Imię | |
| 2. | Nazwisko | |
| 3. | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| 4. | Data urodzenia | |
| 5. | Miejsce urodzenia | |
| 6. | Pesel | |
| 7. | Wykształcenie: (<i>gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe</i>) | |
| 8. | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |

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. | Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna | |
| 11. | Adres e-mail | |

Dane dodatkowe:

| | | |
|----|--|--|
| 1. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca, wykonywany zawód:..... zatrudniona w:..... |
|----|--|--|



| | | |
|--|--|---|
| 2. | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym 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) |
| 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 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 miasta średnie, lub miasta średnie tracące funkcje społeczno – gospodarcze | <input type="checkbox"/> 1 pkt. |
| 4. | Suma punktów premiujących | |

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 zapoznałam / - em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

3. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

data

.....

czytelny podpis kandydata na 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. Dzienny Dom Opieki Medycznej - wsparcie dla osób potrzebujących oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny 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;
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania 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 dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1, z 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 2013 r. 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 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, 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 2013 r. 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 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;



- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. 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 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania 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 Dzienny Dom Opieki Medycznej - wsparcie dla osób potrzebujących., w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
 4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, 03-301 Warszawa, ul. Jagiellońska 74 (nazwa i adres właściwej IP), Beneficjentowi realizującemu Projekt - NZOZ „Medicus” Gostynin Sp. z o.o, ul. Wojska Polskiego 35, Gostynin (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu -(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, 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 udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
 6. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje 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 archiwizowania dokumentacji.
 10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@neuca.pl.
 11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 12. Mam prawo żądać dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika Projektu*

Załącznik nr 5

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



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 pacjenta)

ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem Domu w przygotowaniu pacjenta 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 i czytelny podpis członka rodziny /opiekuna pacjenta