|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informacje podstawowe : | | |
| Dane uczestnika : | | |
| Imię i Nazwisko |  | |
| Data i miejsce urodzenia |  | |
| PESEL |  | |
| E-mail |  | |
| Telefon komórkowy: |  | |
| Adres zamieszkania1 | Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Obszar | * Miejski2 * Wiejski3 | |
| Wykształcenie | * Niższe niż podstawowe * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne * Pomaturalne * Wyższe | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Statusy osoby na rynku pracy na dzień podpisania formularza | * Pracujący/ca * Bezrobotny/na * Emeryt/rencista * Inne *(wpisz jakie ?)*   *…………………………………………………………………………………..* | |  |
|  |
|  |
|  |
| Status osoby | * Osoba należąca do mniejszości narodowej4 lub etnicznej5 , imigrant, osoba obcego pochodzenia6 * Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań * Osoba z niepełnosprawnościami7 * Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej(*innej niż wym. powyżej)* | |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Płeć | * Kobieta * Mężczyzna | |  |

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: ***Dzienny Dom Opieki Medycznej w Starych Babicach***  Numer projektu: ***RPMA 09.02.02-14d506/19-00***  Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt:  ***IX Wspiera nie włączenia społecznego i walka z ubóstwem***  Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt:  ***9.2Usługispołeczne i usługi opieki zdrowotnej***  Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt:  ***9.2.2Zwiększeniedostępnościusługzdrowotnych*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jestem osobą niesamodzielną, której stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność osiągając 40-65 pkt w skali BARTHEL. | TAK | NIE |
| Jestem osobą bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a mój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności. | TAK | NIE |
| Nie jestem osobą, która korzysta ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej na oddziale dziennym lub stacjonarnym. | TAK | NIE |
| Nie jestem osobą, u której podstawowym wskazaniem do leczenia jest choroba psychiczna lub uzależnienie. | TAK | NIE |
| Jestem osobą samotną. | TAK | NIE |
| Jestem osobą, której opiekun faktyczny pracuje lub studiuje (uczy się) na terenie województwa mazowieckiego. | TAK | NIE |

1. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.
2. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast.
3. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy

wiejsko-miejskiej

1. Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.
2. Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaimską, łemkowską, romską, tatarską.
3. Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (…) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.
4. Osoba niepełnosprawna w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniani u 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.

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

***ZAŁĄCZNIKI:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Do formularza zgłoszeniowego dołączam :** | | |
| Skierowanie do DDOM wydane przez lekarza | TAK | NIE |
| Kartę oceny stanu klinicznego wg skali BARTHEL | TAK | NIE |

***DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPELNOSPRAWNOŚCI***

|  |  |
| --- | --- |
| Co możemy zrobić, aby Pani/Pan czuła/czuł się u nas komfortowo ?  (*Proszę zaznaczyć właściwą opcję)* | * Dostępność architektoniczna np. wejście na poziomie gruntu, pochylnia, winda * Przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą niż standardową czcionką * Materiały w alfabecie Braille’a * Tłumacz Polskiego Języka Migowego * Tłumacz systemu Językowo-Migowego * Pętla indukcyjna * Wsparcie asystenta np. osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością fizyczną * Obecność osoby towarzyszącej * Specjalne potrzeby żywieniowe * Zapewnienie warunków dla psa asystującego * Inne …………………………………………………………….. |

***DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE I OŚWIADCZENIA***

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

* Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „**Dzienny Dom Opieki Medycznej w Starych Babicach”**, 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.
* Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
* Oświadczam, że nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z pomocy społecznej lub Europejskiego Funduszu Społecznego.
* 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.

………………………………. ……………………………………………….

Data i miejscowość Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz

**WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data otrzymania dokumentu: | ………………………………………………………………..……..  *(podpis)* |