ZAŁĄCZNIK NR 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU I DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: *„****Uruchomienie Dziennego Domu Opieki Medycznej Warszawa-Targówek”***  Nr projektu: „***RPMA.09.02.02-14-d521/19-00”***  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”** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IFORMACJE PODSTAWOWE:** | | | | |
| dane uczestnika: | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | |
| PESEL |  | Telefon stacjonarny | |  |
| E-mail |  | Telefon komórkowy | |  |
| Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1) | Ulica |  | | |
|  | Numer domu |  | | |
|  | Numer lokalu |  | | |
|  | Kod pocztowy |  | | |
|  | Miejscowość |  | | |
|  | Gmina |  | | |
|  | Powiat |  | | |
|  | Województwo |  | | |
| Obszar | Miejski [[2]](#footnote-2) | | Wiejski [[3]](#footnote-3) | |
| Wykształcenie | Niższe nie podstawowe  Podstawowe (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej*)  Gimnazjalne (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej*)  Ponadgimnazjalne (*wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe*)  Pomaturalne (*kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym*)  Wyższe (*pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym*) | | | |
| status osoby na rynku pracy na dzień podpisania formularza | Osoba bierna/y zawodowo, w tym:  osoba ucząca się,  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne (np.: emeryt, rencista) ………………….  Osoba pracująca[[4]](#footnote-4)  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[[5]](#footnote-5)  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[[6]](#footnote-6) | | | |
| status osoby | Osoba należąca do mniejszości narodowej[[7]](#footnote-7) lub etnicznej[[8]](#footnote-8), imigrant, osoba obcego pochodzenia[[9]](#footnote-9)  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  Osoba z niepełnosprawnościami [[10]](#footnote-10)  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (*innej niż wym. powyżej)*[[11]](#footnote-11) | | | |
| Płeć | Kobieta | | Mężczyzna | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kryteria podstawowe obowiązkowe** | | |
| Jestem osobą, która ukończyła 18 rok życia | Tak | nie |
| Jestem mieszkańcem powiatu m.st. Warszawy | Tak | nie |
| Posiadam skierowanie do DDOM wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego | Tak | nie |
| 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 |
| Jestem osobą, u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub u której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego | Tak | nie |
| Nie jestem osobą, która korzysta ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej oraz rehabilitacji leczniczej na oddziale dziennym lub w warunkach stacjonarnych. | Tak | nie |
| Nie jestem osobą u której podstawowym wskazaniem do leczenia jest choroba psychiczna lub uzależnienie | Tak | nie |
| Nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z pomocy społecznej lub Europejskiego Funduszu Społecznego | Tak | nie |
| **kryteria dodatkowe punktowane** | | |
| Jestem osobą niepełnosprawną:   * ze znacznym poziomem niepełnosprawności * ze średnim poziomem niepełnosprawności * z lekkim poziomem niepełnosprawności | Tak  Tak  Tak | nie  nie  nie |
| Jestem osobą 65+ | Tak | nie |
| Jestem osobą mieszkającą samotnie | Tak | nie |
| Jestem osobą, której opiekun faktyczny pracuje lub studiuje (uczy się) | Tak | nie |
| Jestem osobą niesamodzielną z miesięcznym dochodem na 1 osobę samotnie gospodarującą nie przekraczającym 1051,50 zł lub osobą niesamodzielną z miesięcznym dochodem na 1 osobę żyjącą w rodzinie nie przekraczającym 792 zł | Tak | nie |

**ZAŁĄCZNIKI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DOŁĄCZAM :** | | |
| Skierowanie do DDOM wydane przez lekarza | Tak | nie |
| Karta oceny stanu klinicznego wg skali BARTHEL | Tak | nie |
| Kopia orzeczenia o niepełnosprawności | Tak | nie |
| Zaświadczenie w sprawie opiekuna faktycznego od pracodawcy lub ze szkoły | Tak | nie |
| PIT za 2020 r. lub oświadczenie o wysokości dochodów za 2020 r. | Tak | nie |

**DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję: | dostępność architektoniczna np. wejście na poziomie gruntu, pochylnia, winda  przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą niż standardowa 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/asystenta osoby z niepełnosprawnością  specjalne potrzeby żywieniowe  zapewnienie warunków dla psa asystującego  inne …. |

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE**

* Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie ***„Uruchomienie Dziennego Domu Opieki Medycznej Warszawa-Targówek”*** zawartymi w Regulaminie rekrutacji i zasadach uczestnictwa i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
* Zostałem poinformowany, że ww. projekt współfinansowany jest z 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 .
* Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.
* Zostałem/zostałam 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.

Warszawa, ……………. …………………………………….

Data Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz

**WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ**

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

1. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#footnote-ref-2)
3. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko-miejskiej [↑](#footnote-ref-3)
4. Jeżeli tak należy wypełnić załącznik nr 1c [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeżeli tak należy wypełnić załącznik nr 1c [↑](#footnote-ref-5)
6. Jeżeli tak należy wypełnić załącznik nr 1c [↑](#footnote-ref-6)
7. Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską. [↑](#footnote-ref-7)
8. Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaimską, łemkowską, romską, tatarską. [↑](#footnote-ref-8)
9. Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (…) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze i tylko uwzględniać wskazane poniżej grupy: osoby z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne i wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3). [↑](#footnote-ref-11)