

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SP ZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**” RPMP.09.02.01-12-0011/18

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



Załącznik nr 2 do Umowy uczestnictwa w projekcie „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SP ZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**”
RPMP.09.02.01-12-0011/18

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹⁾

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 ²⁾	Wynik ³⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje 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 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje 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 - spacerzy 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 - potrzebuje 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) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji ⁴⁾		

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 i podpis pielęgniarzki ubezpieczenia zdrowotnego

1) 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.

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

3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „*Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia*”

Formularz zgłoszeniowy do projektu

„Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL, w przypadku braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość Świadczeniobiorcy	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	
DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/relacja z opiekunem	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Oświadczam, iż członek rodziny/opiekun wyraża chęć bezpłatnego uczestnictwa w działaniach edukacyjnych TAK/NIE.

Integralną częścią niniejszego Formularza zgłoszeniowego do projektu są następujące załączniki:

- załącznik nr 1 – Status osoby uczestniczącej w projekcie
- załącznik nr 2 – Ankieta oceny wsparcia uczestnika projektu
- załącznik nr 3 – Ankieta oceny wsparcia opiekuna uczestnika projektu

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS PACJENTA

Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

STATUS OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PROJEKCIE
„Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

Wykształcenie:	
	podstawowe
	zawodowe
	średnie
	wyższe
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	osoba bierna zawodowo
	osoba pracująca
Wykonywany zawód:	
Zatrudniony w:	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	
	tak
	nie
	odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	
	tak
	nie
Osoba z niepełnosprawnościami:	
	tak
	nie
	odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących :	
	tak
	nie

w tym:	
w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:	
	tak
	nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	
	tak
	nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej):	
	tak
	nie
	odmowa podania informacji

.....
.....
Miejscowość i data

.....
.....
Czytelny podpis pacjenta

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielných, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

ANKIETA OCENY WSPARCIA UCZESTNIKA PROJEKTU

do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielných, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szanowni Państwo!

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie krótkiej ankiety mającej na celu poznanie Pana/Pani opinii w zakresie wsparcia, jakie otrzymał/a Pan/Pani, Państwa rodzina. Państwa uwagi będą źródłem cennych informacji dla oceny całego projektu. Udział w ankiecie jest dobrowolny i anonimowy, a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie w celu doskonalenia oferty pomocowej.

Metryczka:

Wiek:

- 60 – 65 lat
- powyżej 65 lat

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wykształcenie:

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o projekcie

- od pracownika szpitala
- od pracownika projektu Dzienny Dom Opieki Medycznej w Brzesku
- przez infolinię
- przez stronę internetową
- z plakatu/ulotki informacyjnej
- z innych źródeł
(jakich?).....

Ze wsparcia którego specjalisty/specjalistów Pan/Pani korzystała:

- Pielęgniarki
- Dietetyka
- Specjaliści w dziedzinie Rehabilitacji
- Specjaliści w dziedzinie Geriatrii
- Lekarza Ubezpieczenia Zdrowotnego
- Fizjoterapeuty
- Terapeuty zajęciowego
- Logopedy
- Psychologa

Jak długo uczestniczył/a Pan/Pani w projekcie:

Korzystałem/am z usług/i przez miesięcy od do.....

Czy rozpoczynając udział w projekcie miał/a Pan/Pani konkretne oczekiwania w czym pomocna może być dla Pana/Pani jego usługa?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte podczas spotkań z zespołem terapeutycznym były dla Pana/Pani przydatne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy udział w projekcie pozwolił/a Panu/Pani pokonać/zniwelować występujące trudności w codziennym funkcjonowaniu?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy wsparcie zespołu terapeutycznego spełniło Pana/Pani oczekiwania?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy zgadza się Pan/Pani z poniższymi stwierdzeniami dotyczącymi współpracy z zespołem terapeutycznym i realizowanym przez niego zajęciami:

a) Udział w projekcie pozwolił mi w krótkim czasie poszerzyć wiedzę i rozwinąć umiejętności w zakresie codziennego funkcjonowania / żywienia / opieki

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

b) Udział w projekcie pozwolił na poprawę samodzielności w codziennym funkcjonowaniu

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

c) Udział w projekcie spowodował zwiększenie poczucia własnej wartości

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

d) Dowiedziałem/am się o różnorodnych sposobach radzenia sobie z dysfunkcjami

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

e) Dzięki wsparciu zespołu terapeutycznego czułem/am się bezpiecznie i pewnie, wiedząc, że udział w projekcie poprawi moje funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

9. Czy polecił/a/by Pan/Pani udział w projekcie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Pana/Pani uwagi oraz rekomendacje do projektu

(tu możecie Państwo wskazać propozycje dotyczące wdrożenia innych usług, bądź innych form wsparcia dla rodzin, jak również zaznaczyć co Państwa zdaniem jest przydatne, a co należałoby zmienić lub rozwinąć, jeżeli projekt byłby realizowany w przyszłości)

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Załącznik nr 3 do Formularza zgłoszeniowego do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

ANKIETA OCENY WSPARCIA OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU

do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szanowni Państwo!

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie krótkiej ankiety mającej na celu poznanie Pana/Pani opinii w zakresie wsparcia, jakie otrzymał/a Pan/Pani, Państwa rodzina. Państwa uwagi będą źródłem cennych informacji dla oceny całego projektu. Udział w ankiecie jest dobrowolny i anonimowy, a uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie w celu doskonalenia oferty pomocowej.

Metryczka:

Wiek:

- 18 – 65 lat

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wykształcenie:

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o projekcie

- od pracownika szpitala
- od pracownika projektu Dzienny Dom Opieki Medycznej w Brzesku
- przez infolinię
- przez stronę internetową
- z plakatu/ulotki informacyjnej
- z innych źródeł

(jakich?).....

Ze wsparcia którego specjalisty/specjalistów Pan/Pani korzystała:

- Pielęgniarki
- Dietetyka
- Specjaliści w dziedzinie Rehabilitacji
- Specjaliści w dziedzinie Geriatrii
- Lekarza Ubezpieczenia Zdrowotnego
- Fizjoterapeuty
- Terapeuty zajęciowego
- Logopedy
- Psychologa

Jak długo uczestniczył/a Pan/Pani w projekcie:

Korzystałem/am z usług/i przez miesięcy od do.....

Czy rozpoczynając udział w projekcie miał/a Pan/Pani konkretne oczekiwania w czym pomocna może być dla Pana/Pani jego usługa?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte podczas spotkań z zespołem terapeutycznym były dla Pana/Pani przydatne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy udział w projekcie pozwolił/a Panu/Pani pokonać/zniwelować występujące trudności w codziennym funkcjonowaniu?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy wsparcie zespołu terapeutycznego spełniło Pana/Pani oczekiwania?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy zgadza się Pan/Pani z poniższymi stwierdzeniami dotyczącymi współpracy z zespołem terapeutycznym i realizowanym przez niego zajęciami:

a) Udział w projekcie pozwolił mi w krótkim czasie poszerzyć wiedzę i rozwinąć umiejętności w zakresie codziennego funkcjonowania / żywienia / opieki

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

b) Udział w projekcie pozwolił na poprawę samodzielności w codziennym funkcjonowaniu

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

c) Udział w projekcie spowodował zwiększenie poczucia własnej wartości

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

d) Dowiedziałem/am się o różnorodnych sposobach radzenia sobie z dysfunkcjami

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

e) Dzięki wsparciu zespołu terapeutycznego czułem/am się bezpiecznie i pewnie, wiedząc, że udział w projekcie poprawi moje funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

9. Czy polecił/a/by Pan/Pani udział w projekcie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Pana/Pani uwagi oraz rekomendacje do projektu

(tu możecie Państwo wskazać propozycje dotyczące wdrożenia innych usług, bądź innych form wsparcia dla rodzin, jak również zaznaczyć co Państwa zdaniem jest przydatne, a co należałoby zmienić lub rozwinąć, jeżeli projekt byłby realizowany w przyszłości)

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**”

Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

Ja (imię i nazwisko)

.....
Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**” i tym samym składam następujące oświadczenia:

- 1) Oświadczam, iż nie jestem wyłączony z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM tj. nie korzystam 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 podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia,
- 2) 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 2018r. Nr 164, poz. 1510, z późn.zm.).

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS PACJENTA

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 4) 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;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**” , w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskie Centrum przedsiębiorczości, beneficjentowi realizującemu projekt – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku, ul. Kościuszki 68, 32-800 Brzesko. Moje dane osobowe mogą zostać

- przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później²;
 7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
 8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
 9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
 11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
 12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
 13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
 14. 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 kompetencji³;
 15. ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy⁴;
 16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)⁵.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

¹ Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

² Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.)

³ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁴ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁵ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „*Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia*”

OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU

Ja (imię i nazwisko)..... jako rodzina/opiekun osoby..... (imię i nazwisko) ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem DDOM w przygotowaniu pacjenta do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Transport pacjenta jest realizowany przez Organizatora DDOM w razie potrzeby tj. w przypadku osób samotnych bez możliwości pomocy ze strony opiekunów lub w przypadku znacznej niepełnosprawności.

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEKLARACJA UDZIAŁU OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU W DZIAŁANIACH EDUKACYJNYCH

pt: „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL)

***deklaruję chęć udziału w działaniach edukacyjnych w ramach projektu
pt: „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób
niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”***

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Oś priorytetowa 9: Region spójny społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie, Typ projektu E. Rozwój opieki długoterminowej, Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, w okresie: 01.09.2018-30.06.2021, pod nadzorem Małopolskiego Centrum Przedsiębiorczości

NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: RPMP.09.02.01-12-0011/18 -00

Numer projektu: RPMP.09.02.01-12-0011/18

**Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie,
drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.**

Dane opiekunki/opiekuna uczestniczki/ka projektu:									
1	Kraj								
2	Imię								
3	Nazwisko								
4	PESEL								
5	Brak PESELU	<input type="checkbox"/>							
6	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta				<input type="checkbox"/> Mężczyzna			
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu								
8	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne,				<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> wyższe			
Dane kontaktowe:									
1	Województwo				3	Gmina			
2	Powiat				4	Miejscowość			
5	Ulica				8	Kod poczt.			
6	Nr budynku				9	Telefon kontaktowy			
7	Nr lokalu				10	Adres e-mail			
Dane dodatkowe:									
1	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:			osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:					
				osoba długotrwale bezrobotna					
				inne					
				osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:					
				osoba długotrwale bezrobotna					
				inne					
				osoba bierna zawodowo w tym:					
				inne					
				osoba ucząca się					
				osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu					
				osoba pracująca w tym:					
				osoba pracująca w administracji rządowej					
				osoba pracująca w administracji samorządowej					
		inne							
		osoba pracująca w MMŚP							
		osoba pracująca w organizacji pozarządowej							
		osoba prowadząca działalność na własny rachunek							
		osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie							

2	<p>Wykonywany zawód</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>		inny
			instruktor praktyczne nauki zawodu
			nauczyciel kształcenia ogólnego
			nauczyciel wychowania przedszkolnego
			pracownik kształcenia zawodowego
			pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
			kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
			pracownik instytucji rynku pracy
			pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
			pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
			pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
			pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
	rolnik		
3	<p>Zatrudniony w:</p> <p>INF DODATKOWA: wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
4	<p>Status opiekuna uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>		Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:
			Nie
			Odmowa podania informacji
			Tak
			Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:
			Tak
			Nie
			Osoba z niepełnosprawnościami:
			Nie
			Odmowa podania informacji
			Tak
			Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:
			Nie
			Tak
			w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:
			Tak
			Nie
			Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:
			Tak
			Nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):		
	Nie		
	Odmowa podania informacji		
	Tak		

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuje się poinformować Samodzielny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt *pt: „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia”* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako opiekun uczestnika projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminem Organizacyjnym DDOM i akceptuję zawarte w nich zasady oraz zobowiązuje się je przestrzegać.

5. Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w działaniach edukacyjnych dla opiekunów uczestników projektu zaplanowanych w projekcie.

Integralną częścią niniejszej deklaracji udziału opiekuna uczestnika projektu w działaniach edukacyjnych jest załączone oświadczenie opiekuna uczestnika projektu dotyczące ochrony danych osobowych.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

*CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA
UCZESTNIKA PROJEKTU*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa opiekuna uczestnika projektu w działaniach edukacyjnych „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**”

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 4) 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;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w SPZOZ w Brzesku dla osób niesamodzielnych, w tym starszych z powiatu brzeskiego, szansą na poprawę jakości życia**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskie Centrum przedsiębiorczości, beneficjentowi realizującemu projekt – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku, ul. Kościuszki 68, 32-800 Brzesko. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji

¹Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju

- Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później²;
 7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
 8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych zgodnie z art. 15-20 RODO;
 9. posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w sposób opisany powyżej. Przetwarzanie danych zostanie zaprzestane, chyba że IZ/IP będzie w stanie wykazać, że w stosunku do przetwarzanych danych istnieją prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec interesów, praw i wolności lub dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
 11. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
 12. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
 13. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iodo@umwm.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
 14. 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 kompetencji³;
 15. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy⁴;
 16. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)⁵.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

*CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA
UCZESTNIKA PROJEKTU*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

²Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.)

³Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁴Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy

⁵Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy