Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji Dziennego Domu Opieki Medycznej im. Św. Jana w Dukli

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. **DANE PERSONALNE**
2. **IMIĘ I NAZWISKO :** ………………………………………………………………
3. **PŁEĆ:** KOBIETA/MĘŻCZYZNA
4. **WIEK** (w latach) **:** ………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **PESEL:**
2. **ADRES ZAMIESZKANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer domu** |  | **Numer lokalu** |  |

1. **DANE KONTAKTOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Inne** |  |

1. **DANE OKREŚLAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1*.*** | Oświadczam, że zamieszkuję na terenie powiatu krośnieńskiego1 (województwo podkarpackie)  | Tak,  Nie.  |
| **2.** | Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną:  | Tak,  Nie.  |
| **3.** | Oświadczam, że posiadam 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.)  | Tak,  Nie.  |
| **4.** | Oświadczam, że jestem osobą:  | * bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, której stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej
* u której istnieje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie
* której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (należy dołączyć kserokopię kartyinformacyjnej z pobytu w szpitalu).
 |
| **5.** | Oświadczam, że:  | * 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,
* podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień)
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.** | Oświadczam, że jestem osobą samotną:  | Tak,  Nie.  |
| **7.** | Oświadczam, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  | * Tak, w stopniu ………………………

symbol …………………… (jeżeli tak proszę dołączyć kserokopię orzeczenia) * Nie.
 |
| **8.** | Wnoszę o zapewnienie darmowego transportu do/z DDOM w Dukli | * Tak, jeżeli tak należy określić rodzaj środka transportu:
* Bus,
* Transport sanitarny (karetka)
* Nie
 |
| **Źródło informacji o projekcie:** * *Wojewódzki Urząd Pracy,*
* *MOPS, GOPS,*
* *PCPR,*
* *Prasa,*
* *Ulotki /plakaty informacyjne,*
* *Strona internetowa*
* *Stowarzyszenie, Organizacja pozarządowa,*
* *ZOZ ,NZOZ, Szpital*
* *Przekaz słowny (np. od znajomych, rodziny),*
* *Inne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
 |
| **W załączeniu przedkładam:** * Skierowanie do Dziennego domu opieki medycznej wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu.
* Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do dziennego domu opieki medycznej wg skali Barthel wydaną przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu,
* Kartę informacyjną z pobytu w szpitalu (jeżeli dotyczy)
* Orzeczenie o posiadanym stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)
* inne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Uwaga: Kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.***  |
| **Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Miejscowość, data Czytelny podpis osoby składającej formularz rekrutacyjny **UWAGA: NIEKOMPLETNE FORMULARZE BĘDĄ ODRZUCANE Z PRZYCZYN FORMALNYCH.** |