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.** | | |