

„Projekt realizowany w ramach RPO Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie, Numer naboru : RPPK.08.03.00-IP.01-18-029/18 Tytuł projektu: Dzienny Dom Opieki Medycznej im. Św. Jana w Dukli współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa”

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

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### I. DANE PERSONALNE

1. IMIĘ I NAZWISKO : .....

2. PŁEĆ: KOBIETA/MĘŻCZYŻNA

3. WIEK (w latach) : .....

4. PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 5. ADRES ZAMIESZKANIA:

Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	

### 6. DANE KONTAKTOWE

Telefon	
E-mail	
Inne	

„Projekt realizowany w ramach RPO Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie, Numer naboru : RPPK.08.03.00-IP.01-18-029/18 Tytuł projektu: Dzienny Dom Opieki Medycznej im. Św. Jana w Dukli współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa”

## II. DANE OKREŚLAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE

1	Oświadczam, że zamieszkuję na terenie powiatu krośnieńskiego <sup>1</sup> (województwo podkarpackie)	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie.
2	Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną:	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie.
4	Oświadczam, że jestem osobą:	<input type="checkbox"/> bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, której stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielnności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej  <input type="checkbox"/> u której istnieje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie  <input type="checkbox"/> której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego ( <u>należy dołączyć kserokopię karty informacyjnej z pobytu w szpitalu</u> ).
5	Oświadczam, że:	<input type="checkbox"/> 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,  <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie.

„Projekt realizowany w ramach RPO Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie, Numer naboru : RPPK.08.03.00-IP.01-18-029/18 Tytuł projektu: Dzienny Dom Opieki Medycznej im. Św. Jana w Dukli współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa”

7. Oświadczam, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak, w stopniu ..... symbol ..... (jeżeli tak proszę dołączyć kserokopię orzeczenia) <input type="checkbox"/> Nie.
8. Wnoszę o zapewnienie darmowego transportu do/z DDOM w Dukli	<input type="checkbox"/> Tak, jeżeli tak należy określić rodzaj środka transportu: <input type="checkbox"/> Bus, <input type="checkbox"/> Transport sanitarny (karetka) <input type="checkbox"/> Nie
<b>Źródło informacji o projekcie:</b> <input type="checkbox"/> <i>Wojewódzki Urząd Pracy,</i> <input type="checkbox"/> <i>MOPS, GOPS,</i> <input type="checkbox"/> <i>PCPR,</i> <input type="checkbox"/> <i>Prasa,</i> <input type="checkbox"/> <i>Ulotki /plakaty informacyjne,</i> <input type="checkbox"/> <i>Strona internetowa</i> <input type="checkbox"/> <i>Stowarzyszenie, Organizacja pozarządowa,</i> <input type="checkbox"/> <i>ZOZ ,NZOZ, Szpital</i> <input type="checkbox"/> <i>Przekaz słowny (np. od znajomych, rodziny),</i> <input type="checkbox"/> <i>Inne _____</i>	
<b>W załączeniu przedkładam:</b> <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> Kartę informacyjną z pobytu w szpitalu (jeżeli dotyczy) <input type="checkbox"/> Orzeczenie o posiadanym stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy) <input type="checkbox"/> inne _____  <b>Uwaga: Kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.</b>	
<b>Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.</b>   <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Miejscowość, data</span> <span>Czytelny podpis osoby składającej formularz rekrutacyjny</span> </div> <p><b>UWAGA: NIEKOMPLETNE FORMULARZE BĘDĄ ODRZUCANE Z PRZYCZYN FORMALNYCH.</b></p>	