

REGULAMIN REKRUTACJI I UDZIAŁU W PROJEKCIE "UTWORZENIE DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W SKARŻYSKU- KAMIENNEJ"

- Oś priorytetowa:** RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem
- Działanie:** RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych
- Poddziałanie:** RPSW.09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych
- Beneficjent:** SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIE MIEJSKIE" (SP ZOZ "PRZYCHODNIE MIEJSKIE")

na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPSW.09.02.03-26-0006/20

REGIONALNY PROGRAM OPERACYJNY
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIE na lata 2014-2020
Europejski Fundusz Społeczny

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji i udziału w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”.
2. Realizatorem projektu jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” z siedzibą przy ul. Aptecznej 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna.
3. Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach: Osi priorytetowej IX- *Włączenie społeczne i walka z ubóstwem*, Działanie 9.2 – *Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych*, *Poddziałanie 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.
4. Projekt jest realizowany w okresie od 01.09.2020 r. do 30.11.2022 r.

§ 2

Słownik pojęć

1. **Projekt** – projekt pn. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” w ramach umowy: **RPSW.09.02.03-26-0006/20**;
2. **Regulamin**– Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”;
3. **Uczestnik projektu** – osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/ osoba sprawująca opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu spełniająca kryteria udziału w projekcie;
4. **Realizator projektu** – Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ „Przychodnie Miejskie”) z siedzibą przy ul. Aptecznej 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna;
5. **Biuro Projektu** – siedziba Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” z siedzibą przy ul. Aptecznej 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna;
6. **Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej** – wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży;
7. **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** – jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;

8. **Indywidualny plan wsparcia**- plan pracy terapeutycznej z pacjentem/pacjentką, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;
9. **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** – wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych;
10. **Osoba korzystająca ze wsparcia** – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach dziennego domu opieki medycznej;
11. **Koszt pobytu** – wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w dziennym domu opieki medycznej;
12. **Pobyt w dziennym domu opieki medycznej** – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej;
13. **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej;
14. **Wielozadaniowy zespół terapeutyczny** –zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do dziennego domu opieki medycznej.

§ 3

Cele i założenia projektu

1. Celem głównym projektu jest realizacja wsparcia w zakresie usług świadczonych na rzecz 100 osób (62K i 38M) potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich rodzin/opiekunów min.50 osób (36K,14M) z terenu powiatu skarżyskiego.
2. Grupą docelową pacjentów DDOM będzie 100 osób (w tym 62 kobiety i 38 mężczyzn), które spełnią kryteria naboru do projektu określone w §4 niniejszego Regulaminu.
3. W ramach projektu utworzonych zostało 20 miejsc opieki nad osobami zależnymi.
4. W ramach projektu realizowane są następujące zadania:
 - a. **dostosowanie, doposażenie pomieszczeń przeznaczonych na DDOM** w niezbędny sprzęt, dostosowanie budynku, w którym znajdują się pomieszczenia DDOM (I piętro) do potrzeb osób o ograniczonej sprawności ruchowej, w tym z niepełnosprawnościami;
 - b. **utworzenie punktu informacyjno- konsultacyjnego**- miejsca pierwszego kontaktu dla potencjalnych pacjentów/tek DDOM i ich rodzin, a na etapie pobytu w DDOM/po jego zakończeniu: miejsca, gdzie podejmowane są dział. stymulujące do samodzielnej pracy, monitorujące stan pacjentów oraz wsparcia i szkolenia opiekunów faktycznych pacjentów/tek.

- c. **działalność DDOM**- realizacja kompleksowego wsparcia medycznego i społecznego w oparciu o indywidualny plan terapii stworzony dla każdego pacjenta/teki przez wielozadaniowy zespół terapeutyczny (podlegający okresowej ewaluacji/korekcje w celu optymalizacji efektów podejmowanych działań). Poprzez systematyczne, codzienne oddziaływanie, daje szanse na osiągnięcie trwałych efektów, zwiększenie/powrót do samodzielności.
 - d. ważnym działaniem jest próba nawiązania lokalnej współpracy między instytucjami/organizacjami, środowisk osób zależnych tak, by w efekcie doprowadzić do stworzenia lokalnych standardów opieki nad osobą zależną. Planowane jest opracowanie i wydanie informatora dla pacjentów/tek i ich opiekunów.
5. Przewidziane w ramach projektu wsparcie będzie realizowane w oparciu o standardy Dziennego Domu Opieki Medycznej określone w dokumentacji konkursowej przez Ministerstwo Zdrowia.

§ 4

Rekrutacja uczestników projektu

1. Wsparcie skierowane będzie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 lat których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.
2. Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte osoby mające 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.).
3. Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające 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 osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).
4. Zgodnie z założeniami projektu, przeprowadzenie rekrutacji odbędzie się w oparciu o formularz zgłoszeniowy do projektu (równoznaczny z deklaracją gotowości udziału w projekcie) zawierający m.in. informacje co do spełniania następujących kryteriów niezbędnych do zakwalifikowania do wsparcia w ramach projektu:

- OSOBY POTRZEBUJĄCE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU:

kryteria formalne:

- miejsce zamieszkania-powiat skarżyski;
- nie korzystanie ze świadczeń NFZ w porównywalnym zakresie;
- osoby/rodziny zagrożone ubóstwem/wykluczeniem społecznym;

oraz

- posiadanie skierowanie do DDOM;
- uzyskanie w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) 40-65 pkt.

wystawionych przez lekarza POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu.

dodatkowe kryteria premiujące:

(w przypadku spełnienia kilku łącznie-punkty sumują się):

- wiek 65+- 10pkt;
- pacjenci/teki bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności- 10pkt.;
- pacjenci/teki, u których występuje ryzyko hospitalizacji w najbliższym czasie- 10pkt.;
- pacjenci/teki po wielokrotnych hospitalizacjach w trakcie ostatnich 12 miesięcy- 10 pkt.;
- pacjenci/teki o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności-10 pkt.;
- osoby samotne/ korzystające z pomocy ośrodka pomocy społecznej-10 pkt.

5. Wymagane dokumenty- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:

- a. skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej (zał. nr 1)
- b. karta oceny stanu klinicznego wg skali Barthel (zał. nr 2)

wystawione przez lekarza POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu.

- a. formularz zgłoszeniowy do projektu (zał. nr 3a)
- b. zgodę na uczestnictwo w projekcie.
- c. formularz przystąpienia do projektu(zał. nr 3b),
- d. zgodę na przetwarzanie danych osobowych,
- e. zgodę i zobowiązanie rodziny / opiekuna pacjenta do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (zał. nr 4)
- f. dokument tożsamości (do wglądu),
- g. kserokopia wypisu ze szpitala z ostatnich 12 miesięcy (oryginał do wglądu),
- h. oświadczenie o posiadaniu prawa 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 2020r., poz. 1398, z późn.zm), (zał. nr 5)
- i. oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług DDOM (zał.nr 6)
- j. oświadczenie uczestnika projektu- załącznik nr 6 do umowy,

6. Dokumenty należy składać w **Dziennym Domu Opieki Zdrowotnej przy ulicy Legionów 104, 26-110 Skarżysko-Kamienna**, w dni robocze od godz. 07:00 do 15:30:
 - a. osobiście w siedzibie DDOM,
 - b. listownie.
 - c. drogą elektroniczną e- mail: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl
7. Powyższe dokumenty można pobrać w siedzibie DDOM bądź ze strony internetowej <http://www.przychodnie.skarzysko.med.pl> w zakładce Dzienny Dom Opieki Medycznej.
8. Wymienione powyżej dokumenty muszą być opatrzone własnoręcznym, czytelnym podpisem osoby ubiegającej się o przyjęcie do projektu wraz z datą wypełnienia dokumentów.
9. W uzasadnionych przypadkach, realizator projektu ma prawo zweryfikować wiarygodność danych podanych w dokumentach rekrutacyjnych i załącznikach przez:
 - sprawdzenie ich w odpowiednich instytucjach lub,
 - zobowiązanie uczestników do przedłożenia stosownych dokumentów.
10. Dokumentacja rekrutacyjna przetwarzana jest i przechowywana z poszanowaniem postanowień zapisów Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych z późn.zm. (Dz. U. 2018 poz. 1000 z późn. zam.).
11. Dokumenty mogą być dostarczone osobiście przez pacjenta, rodzinę bądź jego opiekuna lub pocztą na adres wskazany powyżej.
12. Data wpływu dokumentów do DDOM decyduje o kolejności rejestracji w kolejce oczekujących.
13. Dokumenty rekrutacyjne złożone przed lub po zakończeniu rekrutacji do Projektu nie będą podlegały ocenie.
14. Wypełnienie i złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem Kandydata/Kandydatki do Projektu.
15. O przyjęciu decyduje spełnienie wszystkich kryteriów przyjęcia, kolejność zgłoszeń, przy czym pierwszeństwo mają osoby powyżej 65 r.ż., spełniające kryteria założone w projekcie.
16. Rekrutacja prowadzona będzie w trybie ciągłym do dnia 04.01.2021 r., lub do wyczerpania liczby miejsc zadeklarowanych w projekcie.
17. W pierwszym etapie wymagane jest złożenie kompletnych dokumentów przez osoby zainteresowane objęciem opieki. O zakwalifikowaniu pacjenta do kolejnego etapu zostanie poinformowany drogą telefoniczną na wskazany w formularzu zgłoszeniowym numer.
18. W przypadku złożenia niekompletnych dokumentów pacjent zostanie poproszony o uzupełnienie braków w terminie 10 dni roboczych (od daty poinformowania o tym fakcie). Nie uzupełnienie braków w dokumentach będzie skutkowało skreśleniem z listy oczekujących.

19. Osoby nie zakwalifikowane do projektu ze względu na brak wolnych miejsc zostaną umieszczone na liście rezerwowej.
20. Rekrutacja będzie odbywać się z uwzględnieniem zasady równości dostępu do świadczeń bez względu m.in. na płeć, niepełnosprawność, status społeczny, pochodzenie.
21. W przypadku nie zakwalifikowania pacjenta do projektu nie będą odsyłane dokumenty zgłoszeniowe. Będą one znajdować się w siedzibie DDOM.
22. Osoba może w całym okresie realizacji projektu skorzystać ze wsparcia DDOM tylko raz.
23. Na wszystkie złożone wnioski zostanie udzielona odpowiedź o zakwalifikowaniu bądź nie zakwalifikowaniu do projektu w formie listownej, telefonicznej lub drogą elektroniczną.
24. Spośród osób- kobiet i mężczyzn spełniających ww. kryteria, które uzyskają największą liczbę punktów, wielozadaniowy zespół terapeutyczny wyłoni grupę pacjentów, którzy w pierwszej kolejności wezmą udział w projekcie= wsparciu w ramach DDOM.
25. Pozostałe osoby spełniające ww. kryteria zostaną umieszczone na liście rezerwowej w kolejności otrzymanej sumy punktów= zdiagnozowanej pilnej interwencji/ szczególnej sytuacji osobistej uzasadniającej objęcie wsparciem w pierwszej kolejności.
26. Dodatkowo na etapie kwalifikowania do DDOM/ pobytu w nim, wśród ich RODZIN/OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH rozpowszechniona zostanie informacja o możliwości udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Wielozadaniowy zespół terapeutyczny będzie prowadził rozmowy motywujące rodzinę/ opiekunów do udziału we wsparciu, proponując adekwatne do sytuacji rodziny/ sytuacji zdrowotnej pacjenta formy wsparcia.
27. OSOBA SPRAWUJĄCA OPIEKĘ NAD PACJENTEM DDOM, która zdecyduje się wziąć udział w projekcie zobowiązana jest złożyć następujące dokumenty:
 - a. formularz zgłoszeniowy do projektu - członkowie rodzin/opiekunowie (zał. nr 3a),
 - b. dokument tożsamości (do wglądu),
 - c. oświadczenie uczestnika projektu- załącznik nr 6 do umowy;
 - d. formularz przystąpienia do projektu (zał. nr 3b),
 - e. zgodę na przetwarzanie danych osobowych,
 - f. zgodę na uczestnictwo w projekcie.
28. Po zakończeniu udziału pacjent i opiekun pacjenta/członek rodziny wypełnia ankietę oceniającą usługi DDOM.
29. Wszelkie pytania na temat rekrutacji i funkcjonowania DDOM można przysyłać drogą elektroniczną na adres: spozprzychodnie@poczta.onet.pl

§ 5

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej

1. Pobyt w DDOM możliwy jest w godzinach jego pracy, tj. w dni robocze w godzinach 7.00-15.30.
2. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.
3. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).
4. W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywają w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie. Ponadto, istnieje możliwość uelastycznienia godzin i dni pobytu - jednak uzależnione jest to wyłącznie potrzebami zdrowotnymi pacjenta.

§ 6

Zakres świadczeń udzielanych w ramach dziennego domu opieki medycznej

1. Dzienny dom opieki medycznej zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych.
2. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach domu opieki medycznej należą:
 - a. opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
 - b. doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
 - c. usprawnianie ruchowe;
 - d. stymulacja procesów poznawczych;
 - e. terapia zajęciowa;
 - f. przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).
3. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego możliwe jest zapewnienie pacjentowi niezbędnych badań diagnostycznych oraz specjalistycznych konsultacji lekarskich. W każdym takim przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.
4. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.

5. Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej:
- **najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta**
 - a. wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokona oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków (zastosowane narzędzia do oceny stanu zdrowia pacjenta będą zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta). Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.
Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:
 - w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:
 - ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
 - ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
 - w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:
 - ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;

- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
6. Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.
7. **Na koniec każdego miesiąca** wielozadaniowy zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.
8. **Przed wypisaniem pacjenta** wielozadaniowy zespół terapeutyczny dokonuje ponownej oceny stanu zdrowia. W uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel dziennego domu opieki medycznej uzna to za konieczne, istnieje możliwość nawiązania współpracy z pracownikiem socjalnym, który przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej.
9. **Po wypisaniu pacjenta**, w celu podtrzymania efektów pobytu prowadzone są działania stymulujące pacjenta do samodzielnej pracy oraz monitorujące stan pacjentów po opuszczeniu dziennego domu opieki medycznej polegające na:
- prowadzeniu wizyt domowych (1-2) przez fizjoterapeutę, w trakcie których będzie uczyć ćwiczeń rehabilitacyjnych i udzielać porad w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w dziennym domu opieki medycznej w warunkach domowych;
 - wykonywania rozmów telefonicznych przez personel dziennego domu opieki medycznej (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna danego pacjenta), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia;
 - nawiązania współpracy personelu dziennego domu opieki medycznej z pielęgniarką środowiskową, która – w razie zdiagnozowania potrzeby - będzie świadczyła usługi na rzecz pacjenta w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia;
 - systematycznych spotkaniach pacjentów, którzy zakończyli pobyt w DDOM, w tym w formie spotkań okolicznościowych, których celem jest możliwość wyjścia z domu, podtrzymania relacji nawiązanych w DDOM (wartość społeczna), integracja ze społecznością lokalną,

możliwość spotkania ze specjalistami DDOM- uzyskanie porady/ wsparcia, praca w ramach grupy samopomocowej.

- organizowanie pomocy, specjalistycznego poradnictwa i wsparcia indywidualnego dla rodzin w formie dyżurów specjalistów z różnych dziedzin- kadry DDOM- celem kontynuacji wsparcia;
- organizowanie warsztatów dla rodzin/opiekunów w zakresie opieki i pielęgnacji pacjenta po opuszczeniu DDOM.

§ 7

Prawa i obowiązki uczestników projektu

1. Uczestnik/czka projektu ma prawo do:
 - a. poddania się ocenie sprawności przez wielozadaniowy zespół terapeutyczny w zakresie funkcjonalności podstawowych i złożonych czynności życiowych;
 - b. korzystania z opieki medycznej połączonej z terapią i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - c. korzystania z podstawowych świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do:
 - opieki pielęgniarskiej, w tym edukacji pacjenta dotyczącej samoopieki i samopielęgnacji;
 - doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
 - usprawniania ruchowego,
 - stymulacji procesów poznawczych,
 - terapii zajęciowej,
 - przygotowania rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)
 - d. do badań diagnostycznych oraz specjalistycznych konsultacje lekarskich w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego (w każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji takiego świadczenia),
 - e. korzystania z wyżywienia,
 - f. korzystania z zajęć dodatkowych, pozwalających na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi
 - g. korzystania w razie potrzeby z bezpłatnego transportu z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i z powrotem do miejsca zamieszkania,
 - h. działań edukacyjnych oferowanych w ramach projektu.
2. Pacjent uczestniczący w projekcie i rodzina/ opiekun mają obowiązek:
 - a. stosować się do wewnętrznych regulaminów obowiązujących w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej;
 - b. współpracować z zespołem terapeutycznym w przygotowaniu pacjenta do transportu;
 - c. dostarczyć leki zażywane przewlekle przez pacjenta (choroby przewlekłe) w oryginalnych opakowaniach z datą ważności i zaleconym przez lekarza sposobem dawkowania;
 - d. informować telefonicznie o nieobecności uczestnika projektu najpóźniej do godziny 8.30 danego dnia.
3. Udział pacjenta, rodziny lub opiekuna w organizowanych formach wsparcia jest obowiązkowy.

§ 8

Obowiązki pacjenta

1. Przestrzeganie kultury, dbanie o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny.
2. Troska o mienie DDOM-u, a w szczególności będące w bezpośredniej jego dyspozycji.
3. Niezwłoczne powiadomienie personelu o awarii, uszkodzeniu sprzętu lub urządzeń DDOM-u.
4. Przestrzeganie ustalonych godzin spożywania posiłków.
5. Aktywne uczestniczenie w zabiegach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej i zajęciach edukacyjnych.
6. Przestrzeganie przyjętych zasad współżycia pomiędzy pacjentami i personelem DDOM oraz zastosowanie się do zaleceń pracowników DDOM.
7. Przestrzeganie bezwzględnie zakazu spożywania alkoholu i palenia tytoniu.
8. Nieopuszczanie budynku DDOM bez wiedzy i zgody personelu.
9. Przestrzeganie zasad ustalonych w aktach prawa wewnętrznego.
10. Zachowanie respektujące prawa innych pacjentów do wypoczynku

§ 9

Rezygnacja z uczestnictwa w projekcie

1. Rezygnacja z uczestnictwa w projekcie w trakcie jego trwania może nastąpić z ważnej przyczyny i wymaga pisemnego uzasadnienia, także w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne). Wzór oświadczenia o rezygnacji z projektu stanowi załącznik nr 7 do niniejszego regulaminu.
2. W przypadku nieusprawiedliwionej rezygnacji uczestnika/czki może zostać obciążony/a kosztami uczestnictwa w projekcie.
3. W przypadku gdy uczestnik/czka zrezygnuje z udziału w projekcie przed otrzymaniem wsparcia, w jego miejsce zostaje zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej.
4. W przypadku gdy uczestnik/czka zrezygnuje z udziału w projekcie w trakcie jego trwania w jego miejsce zostaje zakwalifikowana osoba z listy rezerwowej.
5. Realizator projektu zastrzega sobie prawo skreślenia z listy uczestników osobę z natychmiastowym skutkiem w przypadku:
 - a. rażącego naruszenia postanowień Regulaminu organizacyjnego DDOM-u,
 - b. nieusprawiedliwionej nieobecności dłuższej niż 3 dni,
 - c. stwierdzenia przez personel DDOM-u, że uczestnik projektu znajduje się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, lub środków odurzających.

§ 10

Postanowienia końcowe

1. Zapisy regulaminu podlegają przepisom prawa polskiego.
2. Ostateczna interpretacja niniejszego Regulaminu, wiążąca dla Kandydatów i Uczestników projektu, należy do Realizatora projektu.
3. W sprawach spornych decyzję podejmuje Dyrektor SP ZOZ „Przychodnie Miejskie”.
4. Realizatora projektu nie ponosi odpowiedzialności za zmiany w dokumentach programowych i wytycznych dotyczących realizacji Działania 9.2 RPO WŚ.
5. Regulamin może ulec zmianie w sytuacji zmiany Wytycznych lub innych dokumentów programowych dotyczących realizacji Projektu.
6. Realizatora projektu zastrzega sobie prawo do zmiany Regulaminu. Zmiana Regulaminu obowiązuje od dnia publikacji na stronie internetowej Projektu.
7. Niniejszy Regulamin obowiązuje od dnia jego publikacji na stronie internetowej: www.spzozprzychodnie.skarzysko.med.pl
8. Nadzór nad realizacją Projektu, a także rozstrzygnięcie spraw, które nie są uregulowane niniejszym Regulaminem, pozostaje w gestii Dyrektora SP ZOZ „Przychodnie Miejskie”

Załączniki:

Załącznik nr 1 Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej.

Załącznik nr 2 Karta oceny wg skali Barthel.

Załącznik nr 3 Formularz zgłoszeniowy do projektu.

Załącznik nr 4 Zgoda i zobowiązanie rodziny/opiekuna do współpracy w przygotowaniu do transportu.

Załącznik nr 5 Oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załącznik nr 6 Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania w usług DDOM.

Załącznik nr 7 Oświadczenie o rezygnacji z udziału w projekcie.

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

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.

.....
miejsowość, data

.....
podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
oraz pieczęć podmiotu leczniczego,
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

Załącznik nr 2

do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

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 stwierdzającego 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	

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.

	10 - spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
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 kwalifikacji⁴	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

.....

data, pieczęć, podpis
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....

data, pieczęć, podpis
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

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

Załącznik nr 3a
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Formularz zgłoszeniowy do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”

Oś priorytetowa: RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem

Działanie: RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych

Poddziałanie: RPSW.09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych
na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPSW.09.02.03-26-0006/20

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY.
2. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

Dane uczestnika/ uczestniczki

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	
5.	Data urodzenia	
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7.	Wykształcenie	
8.	Kraj	
9.	Województwo	
10.	Powiat	
11.	Gmina	
12.	Miejscowość	
13.	Ulica	
14.	Nr budynku	
15.	Nr lokalu	
16.	Kod pocztowy	
17.	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
18.	Telefon kontaktowy	
19.	Adres e- mail	

20.	Status na rynku pracy		
21.	Wykonywany zawód		
22.	Miejsce zatrudnienia		
23.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
24.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
25.	Osoba z niepełnosprawnościami	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
26.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
27.	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
28.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
29.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:

<i>Kryteria rekrutacyjne- wypełnia osoba zainteresowana udziałem w projekcie</i>	TAK	NIE	PKT.
Jestem osobą zamieszkujejącą na terenie powiatu skarżyskiego			
Nie korzystam ze świadczeń NFZ w porównywalnym do oferty projektu zakresie			

<p>Jestem osobą/ moje otoczenie jest zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym, korzystającą z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004r. o pomocy społecznej z powodu: <i>(zaznaczyć właściwe)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ubóstwa <input type="checkbox"/> Bezdomności <input type="checkbox"/> Sieroctwa <input type="checkbox"/> Bezrobocia <input type="checkbox"/> Niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Długotrwałej lub ciężkiej choroby <input type="checkbox"/> Przemocy w rodzinie <input type="checkbox"/> Potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi <input type="checkbox"/> Potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności <input type="checkbox"/> Bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego <input type="checkbox"/> Trudności w integracji cudzoziemców <input type="checkbox"/> Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego <input type="checkbox"/> Alkoholizmu <input type="checkbox"/> Narkomanii <input type="checkbox"/> Zdarzenia losowe i sytuacji kryzysowej <input type="checkbox"/> Klęski żywiołowej lub ekologicznej 			
<p>Jestem osobą powyżej 65 roku życia</p>			
<p>Jestem osobą samotną, prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe</p>			
<p>Jestem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, a mój stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałania postępującej niesamodzielności</p>			
<p>Jestem osobą, u której występuje ryzyko hospitalizacji w najbliższym czasie</p>			
<p>Jestem osobą po wielokrotnych hospitalizacjach w trakcie ostatnich 12 miesięcy</p>			
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</p>			
	<p>jeśli tak, to proszę podać stopień niepełnosprawności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny 		
	<p>Symbol niepełnosprawności:</p> <p>.....</p>		

OŚWIADCZENIE

Biorąc udział w rekrutacji do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku-Kamiennej” realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” w Skarżysku- Kamiennej oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL*)

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” z siedzibą w Skarżysku- Kamiennej, ul. Apteczna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna, tel: 412523799, e-mail: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest mailowo: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl lub pisemnie na adres Administratora Danych.
3. Dane osobowe uczestników projektu będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań Gminy Skarżysko- Kamienna w tym celów określonych w projektach UE.
4. Dane osobowe uczestników projektów przechowywane będą do czasu rozliczenia projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
5. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Uczestnikom projektów przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale odmowa podania danych będzie skutkować brakiem udziału w rekrutacji do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

	Kryteria rekrutacyjne- wypełnia wielozadaniowy zespół terapeutyczny (na podstawie wywiadu, analizy dokumentów oraz przeprowadzonych badań)	TAK	NIE	PKT.
KRYTERIA FORMALNE	Kandydat/ka zamieszkuje na terenie powiatu skarżyskiego			
	Kandydat/ka oświadczyła, że nie korzysta ze świadczeń NFZ w porównywalnym do oferty projektu zakresie			
	Kandydat/ka oświadczył/a, że jest zagrożona/y ubóstwem i wykluczeniem społecznym			
	Kandydat/ka posiada skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego			
	Kandydat/ka uzyskał/a w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) 40-65 pkt Liczba punktów uzyskana przez kandydata/kę: pkt			
DODATKOWE KRYTERIA PREMIJĄCE	Kandydat/ka jest osobą powyżej 65 roku życia			
	Kandydat/ka jest bezpośrednio po przebytej hospitalizacji , a jej/jego stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałania postępującej niesamodzielności			
	Kandydat/ka jest osobą, u której występuje ryzyko hospitalizacji w najbliższym czasie			
	Kandydat/ka jest osobą po wielokrotnych hospitalizacjach w trakcie ostatnich 12 miesięcy			
	Kandydat/ka jest osobą z niepełnosprawnościami			
	jeśli tak , to proszę podać stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny			
	Symbol niepełnosprawności:			
	Kandydat/ka oświadczył/a, że jest osobą samotną, prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe			
Kandydat/ka oświadczył/a, że korzysta z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004r. o pomocy społecznej				

Podpisy członków wielozadaniowego zespołu terapeutycznego:

Pełniona funkcja	Podpis
Pielęgniarka- kierownik zespołu	
Dietetyk	
Fizjoterapeuta	
Lekarz	
Psycholog / psychoterapeuta	

**ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROJEKCIE pod nazwą
„UTWORZENIE DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W SKARŻYSKU- KAMIENNEJ”**

Ja, niżej podpisana/y
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/uczestnika projektu

zamieszkała/y :
kod pocztowy, miejscowość

ul.numer domunumer mieszkania.

Numer ewidencyjny PESEL

niniejszym deklaruję swoje uczestnictwo

w projekcie pn. „UTWORZENIE DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W SKARŻYSKU- KAMIENNEJ” realizowanym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na 2014–2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, na mocy podpisanej umowy nr **RPSW.09.02.03-26-0006/20** o dofinansowanie projektu.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałam/-em się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” dostępnym na stronie internetowej spzozprzychodnie@poczta.onet.pl lub w siedzibie biura projektu (**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej** ul. Apteczna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna), akceptuje zawarte w nim zasady oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania,
- 2) uzyskałam/-em wszelkie informacje dotyczące projektu oraz otrzymałam/-em wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania,
- 3) przyjmuję do wiadomości, że objęcie mnie procedurą rekrutacyjną, mającą określić moją kwalifikowalność do udziału w Projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”, wypełnienie niniejszego oświadczenia i złożenie formularza rekrutacyjnego wraz z deklaracją mojego uczestnictwa nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- 4) zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Ponadto oświadczam, że podane informacje w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 ustawy z dnia 06.06.1997r. Kodeks karny)

Skarżysko – Kamienna, dnia

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

**Formularz zgłoszeniowy do projektu
„Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”**

***Członkowie rodzin/ opiekunowie osób
wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu***

<p>Oś priorytetowa: RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie: RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałanie: RPSW.09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPSW.09.02.03-26-0006/20</p>		
<p>1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY. 2. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.</p>		
Dane uczestnika/ uczestniczki		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	
5.	Data urodzenia	
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7.	Wykształcenie	
8.	Kraj	
9.	Województwo	
10.	Powiat	
11.	Gmina	
12.	Miejscowość	
13.	Ulica	
14.	Nr budynku	
15.	Nr lokalu	
16.	Kod pocztowy	
17.	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

18.	Telefon kontaktowy		
19.	Adres e- mail		
20.	Status na rynku pracy		
21.	Wykonywany zawód		
22.	Miejsce zatrudnienia		
23.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
24.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
25.	Osoba z niepełnosprawnościami	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
26.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
27.	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
28.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
29.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:

Kryteria rekrutacyjne- wypełnia osoba zainteresowana udziałem w projekcie	TAK	NIE	PKT.
Jestem osobą zamieszkującą na terenie powiatu skarżyskiego			
Nie korzystam ze świadczeń NFZ w porównywalnym do oferty projektu zakresie			
Jestem osobą/ moje otoczenie jest zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym, korzystającą z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004r. o pomocy społecznej z powodu: (zaznaczyć właściwe): <input type="checkbox"/> Ubóstwa <input type="checkbox"/> Bezdomności <input type="checkbox"/> Sieroctwa <input type="checkbox"/> Bezrobocia <input type="checkbox"/> Niepełnosprawności			

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Długotrwałej lub ciężkiej choroby<input type="checkbox"/> Przemocy w rodzinie<input type="checkbox"/> Potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi<input type="checkbox"/> Potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności<input type="checkbox"/> Bezradności w sprawach opiekuńczo- wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego<input type="checkbox"/> Trudności w integracji cudzoziemców<input type="checkbox"/> Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego<input type="checkbox"/> Alkoholizmu<input type="checkbox"/> Narkomanii<input type="checkbox"/> Zdarzenia losowe i sytuacji kryzysowej<input type="checkbox"/> Klęski żywiołowej lub ekologicznej			
--	--	--	--

OŚWIADCZENIE

Biorąc udział w rekrutacji do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” w Skarżysku- Kamiennej oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis uczestnika projektu

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” z siedzibą w Skarżysku- Kamiennej, ul. Apteczna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna, tel: 412523799, e-mail: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest mailowo: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl lub pisemnie na adres Administratora Danych.
3. Dane osobowe uczestników projektu będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań Gminy Skarżysko- Kamienna w tym celów określonych w projektach UE.
4. Dane osobowe uczestników projektów przechowywane będą do czasu rozliczenia projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
5. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Uczestnikom projektów przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale odmowa podania danych będzie skutkować brakiem udziału w rekrutacji do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

**ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROJEKCIE pod nazwą
„UTWORZENIE DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W SKARŻYSKU- KAMIENNEJ”**

Ja, niżej podpisana/y
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/uczestnika projektu

zamieszkała/y :
kod pocztowy, miejscowość

ul.numer domunumer mieszkania.

Numer ewidencyjny PESEL

niniejszym deklaruję swoje uczestnictwo

w projekcie pn. „UTWORZENIE DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W SKARŻYSKU- KAMIENNEJ” realizowanym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na 2014–2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, na mocy podpisanej umowy nr **RPSW.09.02.03-26-0006/20** o dofinansowanie projektu.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 5) zapoznałam/-em się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” dostępnym na stronie internetowej spzozprzychodnie@poczta.onet.pl lub w siedzibie biura projektu (**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej ul. Aptečna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna**), akceptuje zawarte w nim zasady oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania,
- 6) uzyskałam/-em wszelkie informacje dotyczące projektu oraz otrzymałam/-em wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania,
- 7) przyjmuję do wiadomości, że objęcie mnie procedurą rekrutacyjną, mającą określić moją kwalifikowalność do udziału w Projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”, wypełnienie niniejszego oświadczenia i złożenie formularza rekrutacyjnego wraz z deklaracją mojego uczestnictwa nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- 8) zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Ponadto oświadczam, że podane informacje w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 ustawy z dnia 06.06.1997r. Kodeks karny)

Skarżysko – Kamienna, dnia

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Załącznik nr 3b
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Formularz przystąpienia do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”

Oś priorytetowa: RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem

Działanie: RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych

Poddziałanie: RPSW.09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych
na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPSW.09.02.03-26-0006/20

3. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY.
4. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

Dane uczestnika/ uczestniczki

30.	Imię	
31.	Nazwisko	
32.	PESEL	
33.	Płeć	
34.	Data urodzenia	
35.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
36.	Wykształcenie	
37.	Kraj	
38.	Województwo	
39.	Powiat	
40.	Gmina	
41.	Miejscowość	
42.	Ulica	
43.	Nr budynku	
44.	Nr lokalu	
45.	Kod pocztowy	
46.	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
47.	Telefon kontaktowy	
48.	Adres e- mail	

49.	Status na rynku pracy	
50.	Wykonywany zawód	
51.	Miejsce zatrudnienia	
Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:		
Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu		TAK
NIE		
Osoba z niepełnosprawnościami		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących		
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu		
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		TAK
NIE		
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
w tym:	długotrwale bezrobotna	
	inne	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
w tym:	długotrwale bezrobotna	
	inne	
Osoba bierna zawodowo		
w tym:	osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
	osoba ucząca się	
	inne	
Osoba pracująca		
w tym:	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
	osoba pracująca w administracji rządowej	
	osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	osoba pracująca w MMŚP	
	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	inne	

OŚWIADCZENIE

Przystępując do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” realizowanego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” w Skarżysku- Kamiennej oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

\

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL)

informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” z siedzibą w Skarżysku- Kamiennej, ul. Apteczna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna, tel: 412523799, e-mail: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest mailowo: spzozprzychodnie@poczta.onet.pl lub pisemnie na adres Administratora Danych.
3. Dane osobowe uczestników projektu będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań Gminy Skarżysko- Kamienna w tym celów określonych w projektach UE.
4. Dane osobowe uczestników projektów przechowywane będą do czasu rozliczenia projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
5. Posiada Pan/i prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Uczestnikom projektów przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale odmowa podania danych będzie skutkować brakiem udziału w rekrutacji do projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika projektu

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany numer PESEL:
(imię i nazwisko)

będący **uczestnikiem** projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”

w związku z przystąpieniem do projektu pn. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” realizowanego przez Gminę Skarżysko - Kamienna w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na 2014–2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, na mocy podpisanej umowy nr RPSW.09.02.03-26-0006/20 o dofinansowanie projektu:

1) Zgodnie z art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” - jako osoba pełnoletnia i posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnych kategorii (tzw. wrażliwych),** przez Administratora danych:

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej ul. Apteczna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna lub podmioty uczestniczące w realizacji projektu w celu realizowania obowiązków wynikających z projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020**, w tym rekrutacji, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji wraz z końcowym rozliczeniem,
- 2) Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniącego role Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mającego siedzibę przy ul. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce,
- 3) Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

Zostałam/-em poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).

.....
(data, czytelny podpis)

2) Jestem/ Nie jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie zakończeniem współpracy/uczestnictwa w projekcie. W każdej chwili mam prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie powyższej zgody przed jej wycofaniem.

.....
(data, czytelny podpis)

- 3) zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych **wyrażam także zgodę na nieodpłatne i nieograniczone** w czasie przetwarzanie, wykorzystanie **przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej** materiałów z **moim wizerunkiem** (twarzy, ubioru, zachowania, głosu, wypowiedzi, sposobu wyrażania myśli), który może utrwalić podczas zajęć, wydarzeń organizowanych w ramach projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej” w postaci fotografii oraz utworów audio – wizualnych. Zgoda, o której mowa powyżej udzielana jest nieodpłatnie i bez ograniczeń czasowych i ilościowych. Zgoda obejmuje utrwalanie, obróbkę, przerabianie, powielanie materiałów z moim utrwalonym wizerunkiem oraz ich rozpowszechnianie za pośrednictwem dowolnego medium (każda forma przesyłania obrazu i dźwięku), zgodnie z celem i działalnością prowadzoną przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej, w szczególności w celu promowania projektu. Ponadto Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej jest uprawniony do udzielania dalszych zgód na wykorzystanie mojego w ramach zgody udzielonej niniejszym oświadczeniem, dla innych podmiotów (osób, jednostek organizacyjnych), w celach promocji, wykorzystania i upowszechniania rezultatów prowadzonej przez SP ZOZ „Przychodnie Miejskie” działalności. Oświadczam ponadto, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych, ani praw. Oświadczam, że rozumiem treść niniejszego oświadczenia, rozumiem ją i jestem świadomy/a skutków prawnych z niego wynikających.

.....
(data, czytelny podpis)

- 4) **Oświadczam, że zapoznałam/-em się z klauzulą informacyjną** dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w związku z realizacją projektu "Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej " przez SP ZOZ „Przychodnie Miejskie”

.....
(data, czytelny podpis)

- 5) Oświadczam, że moje dane osobowe przekazałam/-em temu podmiotowi dobrowolnie, świadomie i jednoznacznie - zgodnie z art. 4 pkt 11 RODO.

TAK NIE

.....
(data, czytelny podpis)

Załącznik nr 4
do Regulaminu rekrutacji ni udziału w projekcie

ZGODA I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU

Ja
imię i nazwisko członka rodziny/ opiekuna pacjaneta

jako rodzina/ opiekun osoby* (podkreślić właściwe)
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.

Skarżysko- Kamienna,
data

.....
czytelny podpis członka rodziny / opiekuna pacjenta

Załącznik nr 5
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Ja oświadczam, że:
imię i nazwisko

oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze 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 2020r., poz. 1398, z późn.zm).

Skarżysko- Kamienna,
data

.....
czytelny podpis pacjenta / opiekuna pacjenta

Załącznik nr 6
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA W USŁUG DDOM

Ja oświadczam, że:
imię i nazwisko

- 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).

Skarżysko- Kamienna,

data

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna pacjenta

Załącznik nr 7
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, oświadczam,
imię i nazwisko

że rezygnuję z udziału w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku-Kamiennej”, współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020,
Poddziałanie: RPSW.09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Jednocześnie informuję, że przyczyną rezygnacji z udziału w projekcie jest:
.....
.....
.....
.....

Ponadto oświadczam, że ww. powody rezygnacji nie były mi znane w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie oraz że zapoznałem/łam się z zasadami rezygnacji z uczestnictwa w projekcie, zawartymi w regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie.

Skarżysko- Kamienna,

data

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna pacjenta

Załącznik nr 6 do umowy – Wzór oświadczenia uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
 - j) odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania, w tym w postępowaniu administracyjnym zmierzającym do wydania decyzji określającej kwoty dofinansowania do zwrotu;
 - k) zachowania trwałości projektu,
 - l) archiwizacji.
- 3) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO), wynikający z :
 - a) art. 125 i 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) 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;
 - c) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
 - d) 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;

- e) art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- f) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego;
- g) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie” (SP ZOZ) w Skarżysku- Kamiennej ul. Aptečna 7, 26-110 Skarżysko-Kamienna** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 5) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) Osobie, której dane osobowe są przetwarzane przysługuje:
 - prawo żądania dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 8) Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych, w szczególności do:
 - wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego,
 - celów archiwalnych w interesie publicznym,mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych w ramach RPOWŚ 2014-2020, osobie której dane są przetwarzane nie przysługuje prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych.
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego) oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później, bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.
Projekt „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skarżysku- Kamiennej”
realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnie Miejskie”
jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020