

Formularz Rekrutacyjny do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Starej Wsi

Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole znaku: **X**

UWAGA:

1. Formularz rekrutacyjny do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole znaku: **X**

1	Imię i nazwisko												
2	PESEL											Wiek	
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna						
4	Adres zamieszkania	Województwo											
		Powiat											
		Gmina											
		Kod pocztowy											
		Miejscowość											
		Ulica											
5	Dane kontaktowe	Nr domu						Nr lokalu					
		Telefon kontaktowy											
		Adres e-mailowy											

Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

- spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do korzystania z DDOM;
- mój stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność - w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymałem/ łaam 40 - 65 punktów (ocenę przeprowadzoną w okresie trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych do DDOM);
- jestem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji;
- w okresie ostatnich 12 m-cy korzystałem/ łaam z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego;
- w najbliższym czasie występuje u mnie ryzyko hospitalizacji z zakresu leczenia szpitalnego.

Ponadto oświadczam, że:

- posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności;

zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa obowiązującym w DDOM w Starej Wsi i akceptuję jego warunki;

wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2018 poz. 100; Art. 1.1 Ustawę stosuje się do ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w zakresie określonym w art.2 i art.3 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)).

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („ Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

W przypadku zakwalifikowania mnie do objęcia usługami DDOM:

1	<input type="checkbox"/>	wnoszę o zapewnienie transportu do/z Dziennego Domu Opieki Medycznej w Starej Wsi
2	<input type="checkbox"/>	wnoszę o: uwzględnianie w jadłospisie mojej diety pokarmowej (należy wskazać rodzaj diety) <input type="checkbox"/> lekkostrawna <input type="checkbox"/> cukrzycowa <input type="checkbox"/> niskotłuszczowa <input type="checkbox"/> bezglutenowa <input type="checkbox"/> inna
3	<input type="checkbox"/>	oświadczam, że najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia podpiszę umowę na korzystania z usług DDOM w Starej Wsi i dostarczę: oświadczenie dotyczące wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych i udostępnianie wizerunku zobowiązanie rodziny/ opiekunów do współpracy w zakresie zorganizowania transportu, jeżeli Kandydat/ka wnosi o zapewnienie transportu)

Wykaz załączników składanych z formularzem rekrutacyjnym	TAK	NIE
Skierowanie do DDOM (zał. nr 1)	<input type="checkbox"/>	--
Ocena poziomu samodzielności (skala Barthel zał. nr 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy Kandydat/ka jest osobą ubezwłasnowolnioną?

TAK

NIE

jeżeli tak to jest to ubezwłasnowolnienie:

CZĘŚCIOWE

CAŁOŚCIOWE

.....
Data

.....
Podpis Kandydata/teki do DDOM

.....
Data

.....
Podpis prawnego opiekuna w przypadku,
gdy Kandydat/ka do DDOM jest osobą ubezwłasnowolnioną