Załącznik nr 1 do REGULAMIN DZIAŁANIA I REKRUTACJI DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W OSTROWI MAZOWIECKIEJ przy NZOZ „AKACJA” (DDOM Akacja) w ramach realizacji projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej”

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn. „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej”**

*współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 (Umowa nr RPMA.09.02.02-14-d518/19).*

Ja, niżej podpisany(a) …………………………….……………………………/ ur. ……………………………

(imię i nazwisko/ data urodzenia)

Zamieszkały (a) ………………………………………………………………………………………..................

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………………….

Dane opiekuna[[1]](#footnote-1):

………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

Telefon kontaktowy opiekuna ……………………………………………………………………………………

deklaruję udział w projekcie pn. „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej”, realizowanym w Ostrowi Mazowieckiej przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Akacja” Dariusz Suchenek z siedzibą w Wyszkowie, ul. Zakolejowa 19C, 07-200 Wyszków.

**Oświadczam równocześnie, że:**

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności, zgodnie z Regulaminem działania i rekrutacji Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ostrowi Mazowieckiej przy NZOZ „AKACJA” w ramach realizacji projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej” uprawniające mnie do udziału w Projekcie,

2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem działania i rekrutacji Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ostrowi Mazowieckiej przy NZOZ „AKACJA” w ramach realizacji projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach DDOM” i zobowiązuję się do jego przestrzegania,

3. Zastałam/zostałem poinformowana/ny, iż projekt „Wsparcie osób niesamodzielnych w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej” jest współfinansowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

4. Przedstawione przeze mnie w dokumentacji rekrutacyjnej dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

5. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

6. Nie korzystałem/am z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM 2014-2020.

7. Nie jestem objęty/a wsparciem w ramach świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

8. Do deklaracji załączam następujące dokumenty:

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub – w przypadku osób bezpośrednio po hospitalizacji – lekarza udzielającego świadczeń w szpitalu | Tak / Nie |
| 2) kwestionariusz skali oceny wg Barthel (podpisany przez lekarza kierującego). | Tak / Nie |
| 3) oświadczenie o zapoznaniu się z informacją dot. przetwarzania danych osobowych uczestnika projektu (Klauzula Informacyjna RODO), (zał. nr 2 do regulaminu regulamin działania i rekrutacji dziennego domu opieki medycznej w Ostrowi Mazowieckiej przy NZOZ „Akacja”). | Tak / Nie |
| 4) oświadczenie dotyczące transportu do DDOM (zał. nr 3 do regulaminu regulamin działania i rekrutacji dziennego domu opieki medycznej w Ostrowi Mazowieckiej przy NZOZ „Akacja”). | Tak/Nie |
| 5) oświadczenie uczestnika o dochodach i niepełnosprawności (załącznik nr 4 do regulaminu regulamin działania i rekrutacji dziennego domu opieki medycznej w Ostrowi Mazowieckiej przy NZOZ „Akacja”). | Tak/Nie |
| Inne dokumenty  …………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………. |  |

..…………………………………………… ……………………………/………………….

Czytelny podpis Miejscowość/data

**Kwalifikacja uczestnika**

Wypełnia Kierownik Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego (WZT),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oceniany obszar** | **Wynik oceny** | **uwagi** |
| Kompletność dokumentacji | Dokumentacja kompletna /  dokumentacja niekompletna | Uwagi  ………………………………………..  ………………………………………..  ………………………………………..  ……………………………………….. |
| Punktacja wg skali oceny wg Barthel | …………..pkt. |  |
| osoba niesamodzielne ucząca się, pracująca lub zamieszkująca w województwie mazowieckim. | Tak / Nie |  |
| Decyzja dot. transportu | Tak / Nie | ………………………………………..  ………………………………………..  ………………………………………..  ……………………………………….. |
| osoba z niepełnosprawnością i/lub osoba niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściw. kryterium dochodowego (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie).  \*wymagane oświadczenie zał. 4 do regulaminu | Tak / Nie | ………………………………………..  ………………………………………..  ………………………………………..  ……………………………………….. |
| Inne (jakie?) |  | ………………………………………..  ………………………………………..  ………………………………………..  ……………………………………….. |

**Decyzja WZT:**

**Zakwalifikowany do udziału w projekcie**

**Niezakwalifikowany do udziału w projekcie**

Uzasadnienie oceny *(wymagane przy niezakwalifikowaniu)* : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..…………………………………………… ……………………………/………………….

Czytelny podpis Kierownika WZT Miejscowość/data

1. Wypełnić w celu umożliwienia udzielenia wsparcia przewidzianego dla opiekunów. [↑](#footnote-ref-1)