

### Formularz zgłoszeniowy

do projektu „**Centrum Koordynacji Opieki Medycznej dla osób niesamodzielnych na terenie subregionu toruńskiego**”

Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo

Działanie 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych

Poddziałanie 9.3.1 Rozwój usług zdrowotnych

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
na lata 2014 - 2020

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

#### UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa projekcie „**Centrum Koordynacji Opieki Medycznej dla osób niesamodzielnych na terenie subregionu toruńskiego**”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.



Lp.	Nazwa	DANE KANDYDATA/TKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU (drukowanymi literami)	
1.	Imię/Imiona		
2.	Nazwisko		
3.	PESEL		
4.	Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL		
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
Adres zamieszkania			
6.	ulica, numer budynku, numer lokalu, miejscowość)	Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
7.	Powiat		
8.	Gmina		
9.	Kod pocztowy, miejscowość	_____ - _____ .....	
10.	Telefon kontaktowy		
11.	Adres e-mail (obligatoryjny)		
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż wskazany powyżej)			
12.	(ulica, numer budynku, numer lokalu, miejscowość)	Ulica	
		Nr budynku	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
13.	Powiat		
14.	Gmina		
15.	Kod pocztowy, miejscowość	_____ - _____ .....	

Część I				
<p><b>Jestem osobą niesamodzielną</b> (tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonania co najmniej jednej z podst. czynności dnia codziennego)</p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE			
<p><b>Jestem opiekunem osoby niesamodzielną</b> (w szczególności członkiem rodziny)</p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE			
<p>Informacje dotyczące osoby niesamodzielną, nad którą osoba sprawuje opiekę (można podać kilku osób)</p>	<p>Imię i nazwisko osoby niesamodzielną</p>	<p>Data urodzenia:</p>		
		<p>Dzień</p>	<p>Miesiąc</p>	<p>Rok</p>
<p>Posiadam wykształcenie:</p>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne  <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne  <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe			
<p>Status osoby na rynku pracy (można zaznaczyć jedną lub kilka opcji)</p>	<p style="text-align: center;">Jestem osobą fizyczną:</p> <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy, <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy, <input type="checkbox"/> bierną zawodowo,  <input type="checkbox"/> pracującą, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji rządowej,</li> <li><input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji samorządowej,</li> <li><input type="checkbox"/> osobą pracującą w MMŚP,</li> <li><input type="checkbox"/> osobą pracującą w organizacji pozarządowej,</li> <li><input type="checkbox"/> osobą prowadzącą działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> wykonywany zawód: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego,</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia przedszkolnego,</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego,</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia,</li> <li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy,</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego,</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej,</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej,</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej,</li> </ul>			

	<input type="checkbox"/> rolnik, <input type="checkbox"/> inny.  Jestem zatrudniony/a w: ..... ..... (należy podać nazwę i adres miejsca zatrudnienia)
Oświadczam, iż na terenie SUBREGIONU TORUŃSKIEGO (miasto Toruń, powiat toruński, powiat golubsko-dobrzyński, powiat chełmiński, powiat wąbrzeski)	<input type="checkbox"/> mieszkam <input type="checkbox"/> pracuję <input type="checkbox"/> uczę się
<p><b><u>Jestem pacjentem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, którego stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa,</u></b> 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;</p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
<p><b><u>Jestem pacjentem, u którego występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie</u></b> lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego</p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam skierowanie/zaświadczenie od lekarza o konieczności korzystania ze świadczeń Dziennego Domu Opieki Medycznej  (W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o załączenie dokumentu do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam skierowanie/zaświadczenie od lekarza o konieczności korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych  (W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o załączenie dokumentu do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam skierowanie/zaświadczenie od lekarza o konieczności korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach domowych  (W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o załączenie dokumentu do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE

<p>Posiadam ocenę stopnia samodzielności fizycznej wg skali Barthel</p> <p><i>(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o załączenie dokumentu do formularza zgłoszeniowego)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
---	--

CZĘŚĆ II KRTERIA PREMIUJĄCE (DOTYCZĄ OSÓB NIESAMODZIELNYCH)		Przyznana liczba punktów
Jestem osobą powyżej 65 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Jestem osobą samotną (prowadzącą samodzielnie gospodarstwo domowe)	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Jestem kobietą	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Jestem osobą, która wg skali Barthel otrzymała poniżej 40 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	
Łączna liczba przyznanych punktów		
Podpis osoby weryfikującej formularz.....		

CZĘŚĆ III POZOSTAŁE INFORMACJE				
	Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu	TAK	NIE	Odmawiam podania informacji
(proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym)	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia			
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			

miejscu)	Osoba z niepełnosprawnościami			
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej			

**DEKLARACJA SKORZYSTANIA Z WYBRANEJ FORMY WSPARCIA PRZEZ OPIEKUNÓW OSÓB NIESAMODZIELNYCH**

Szkolenia/warsztaty/treningi grupowe w zakresie:

- pielęgnacji,
- rehabilitacji,
- psychoedukacji,
- inne (proszę wymienić tematykę) .....
- .....
- .....

szkolenia/porady indywidualne w zakresie:

- pielęgnacji,
- rehabilitacji,
- psychoedukacji,
- inne (proszę wymienić tematykę) .....
- .....
- .....

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata na Uczestnika Projektu

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Zasad rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Centrum Koordynacji Opieki Medycznej dla osób niesamodzielnych na terenie subregionu toruńskiego**”

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata na Uczestnika Projektu

\*niepotrzebne skreślić