

"Ujazd - gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacyjnego

.....
miejsowość i data

WNIOSEK/FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
osoby starszej, niesamodzielnej

do udziału w świadczeniach dziennej opieki i aktywizacji osób starszych, niesamodzielnych realizowanych w ramach projektu pn. "Ujazd - gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne: realizowanego w ramach Działania **8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych** w ramach Osi priorytetowej VIII *Integracja społeczna* RPO WO 2014-2020 w zakresie usług społecznych - wsparcia dla osób niesamodzielnych

Dane teleadresowe		
Imię i nazwisko:		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Numer dowodu osobistego:		
PESEL:		
Wiek kandydata/-ki w chwili wypełniania formularza		
Adres zamieszkania		
Adres do korespondencji (wypełnić tylko w przypadku gdy różni się z adresem wskazanym powyżej):		
Numer telefonu		

"Ujazd - gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne

Status osoby niesamodzielnej w chwili przystąpienia do projektu (Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem "X")		
ZANACZ WŁAŚCIWE znakiem X	TAK	NIE
Osoba niepełnosprawna (UWAGA: orzeczenie o niepełnosprawności)		
Osoba niesamodzielna, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (UWAGA: zaświadczenie lekarskie)		
Osoba zamieszkująca samotnie		
Osoba zamieszkująca tylko z współmałżonkiem		
Osoba zamieszkująca z rodziną		
Osoba korzystająca ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem przez pom. społ., w tym PO PŻ lub inne, (UWAGA: zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)		
Dochód na członka rodziny nie przekracza 150% właściwych kryteriów dochodowych (UWAGA: oświadczenie o dochodach, odcinek renty lub emerytury , kopia decyzji organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury lub renty, kopia dowodu otrzymania renty, emerytury z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku)		
Osoba porusza się samodzielnie		
Osoba nie porusza się samodzielnie		
Osoba porusza się na wózku inwalidzkim		

Przed podpisaniem Formularza zgłoszeniowego, PROSZĘ O ZWERYFIKOWANIE JEGO TREŚCI
w szczególności:

- czy wypełnione zostały wszystkie wymagane pola oraz czy zawierają wyczerpujące i prawidłowe dane.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



"Ujazd - gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne

Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń¹.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie, niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji uczestników projektu pn *"Ujazd gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne*: realizowanego w ramach Działania 8.1 *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych* w ramach Osi priorytetowej VIII *Integracja społeczna* RPO WO 2014-2020 w zakresie usług społecznych - wsparcia dla osób niesamodzielnych – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata)

¹ Zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego – kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



"Ujazd - gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne

pieczętka
zakładu opieki zdrowotnej

wydaje lekarz
zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o świadczenia w domu dziennego pobytu.

2. Wiek

3. Wskazanie najważniejszych informacji o stanie zdrowia pacjenta, niezbędnych w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel ośrodka, bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia uczestnika

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego

1. tak

2. nie

"Ujazd - gmina przyjazna seniorom" – rozwój usług społecznych, opiekuńczych oraz wspierających osoby starsze, niesamodzielne

5. Wymaga, ze względu na stan zdrowia, wsparcia w wykonywaniu jednej lub więcej czynności dnia codziennego z powodu występujących trudności związanych z obniżeniem sprawności psychofizycznej, ograniczeniem możliwości podejmowania działań związanych z codziennym funkcjonowaniem, występuje konieczność pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych

1. tak

2. nie

6. Proszę podać zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia przez dom dziennego pobytu

1. pielęgnacja

4. rehabilitacja/aktywizacja ruchowa

2. pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi

5. badania i terapia psychologiczna

3. leczenie, badanie i porady lekarskie

6. działania zapobiegawcze

Inne, jakie:

.....

.....

7. Czy istnieją przeciwwskazania do korzystania ze świadczeń domu dziennego pobytu

1. tak

2. nie

8. Jest osobą całkowicie niesamodzielną, czyli niemogącą korzystać z usług usprawniająco - aktywizujących placówki np. osobą leżącą, bez kontaktu, bez kontaktu logicznego itp.

1. tak

2. nie

9. Występuje choroba psychiczna u osoby ubiegającej się o świadczenia w domu dziennego pobytu, która nie jest związana z procesem starzenia się

1. tak

2. nie

10. Zalecana konsultacja lekarza psychiatry

1. tak

2. nie

11. Zalecana konsultacja psychologa

1. tak

2. Nie

Miejscowość

Data

.....
podpis i pieczęć lekarza