

Regulamin projektu „Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas w Wiśniówce – usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”

ROZDZIAŁ I – PRZEPISY OGÓLNE

§ 1

1. Niniejszy regulamin określa szczegółowe zasady funkcjonowania placówki centrum, rekrutacji uczestników, uczestnictwa w projekcie oraz zakresu usług świadczonych przez Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas w Wiśniówce.
2. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas ma siedzibę w miejscowości Wiśniówka 38, gmina Masłów, powiat kielecki.
3. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:
 - a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, Plac Najświętszej Maryi Panny 1, 25-010 Kielce.
 - b. **Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas** – ośrodek dziennej opieki nad osobami zależnymi. W dziennym domu opieki zapewnia się opiekę medyczną, rehabilitacyjną, pielęgniarską, terapeutyczną oraz psychologiczną.
 - c. **Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego** – wypożyczalnia sprzętu mieszcząca się w budynku Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas, Wiśniówka 38.
 - d. **Projekt – „Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas w Wiśniówce – usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”** – projekt Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas utworzone zostało w związku z realizacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, IX oś priorytetowa – Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych, umowa o dofinansowanie nr: RPSW.09.02.03-26-0006/18-00.

- e. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu.

§ 2

1. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas działa od kwietnia 2019 roku do końca września 2020 r.
2. Od 1 października 2020 r. do 31 marca 2022 w ramach trwałości projektu organizator zapewnia dla wszystkich zainteresowanych mieszkańców województwa świętokrzyskiego utrzymanie gotowości do udzielania podobnych świadczeń.

ROZDZIAŁ II – ZASADY FUNKCJONOWANIA PLACÓWKI

§ 3

Celem Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas jest zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych dla seniorów, osób niepełnosprawnych, osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym z gminy Masłów oraz miasta Kielce. Dostępność usług medycznych, w tym usług rehabilitacyjnych, pielęgniarских, terapeutycznych oraz opiekuńczych przyczyni się do poprawy stanu zdrowia pacjentów. Ułatwienie dostępu do usług rehabilitacyjnych nastąpi również przez uruchomienie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego.

§ 4

Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas

1. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas znajduje się na Wiśniówce 38, 26-050 Zagnańsk.
2. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas jest placówką zapewniającą bezpłatne świadczenia zdrowotne udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.
3. Usługi świadczone przez Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas są dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta z uwzględnieniem adekwatnej do potrzeb opieki medycznej, tj. pielęgniarской, rehabilitacyjnej oraz terapeutycznej.
4. Trudne stany pacjentów (osoby leżące) zostaną objęte wyłącznie opieką domową.

5. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas udziela świadczeń zdrowotnych przez cały okres trwania projektu, tj. do 30 września 2020 roku we wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku, od godziny 7:30 do godziny 16:00.
6. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas przeznaczone jest dla 100 pacjentów (70 kobiet i 30 mężczyzn).
7. Ze wsparcia psychologicznego mogą skorzystać opiekunowie lub członkowie rodzin pacjentów.

§ 5

Długoterminowa pielęgnarska opieka domowa

1. Długoterminowa pielęgnarska opieka domowa jest przewidziana dla osób przewlekle i somatycznie chorych, którzy nie są zdolni do samoopieki i samopielęgnacji, a także osób przebywających w domu, nie wymagających hospitalizacji, zaś ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.
2. Pacjenci zakwalifikowani do długoterminowej pielęgnarskiej opieki domowej będą pod opieką pielęgniarek.

§ 6

Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego Caritas

1. Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego utworzona została w budynku Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji, Wiśniówka 38, 26-050 Zagnańsk.
2. W wypożyczalni znajduje się specjalistyczny sprzęt rehabilitacyjny, z którego uczestnicy projektu mogą korzystać bezpłatnie.

§ 7

Pracą Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas koordynuje Specjalista ds. usług zdrowotnych pracujący w centrum, podlegający bezpośrednio Dyrektorowi Caritas Diecezji Kieleckiej.

ROZDZIAŁ III – ZASADY REKRUTACJI UCZESTNIKÓW

§ 8

Uczestnikiem projektu jest osoba korzystająca z przynajmniej jednego z poniższych działań:

- a. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas;
- b. Długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej;
- c. Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego;
- d. Wsparcia psychologicznego;

§ 9

Do projektu zostaną zakwalifikowane wyłącznie osoby:

- a. zamieszkałe w gminie Masłów lub mieście Kielce;
- b. seniorzy, osoby niepełnosprawne, zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- c. które wypełniły i dostarczyły do siedziby Caritas Diecezji Kieleckiej wymagane dokumenty (wymienione w §10 ust. 3)

§ 10

1. Rekrutacja pacjentów do Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od maja 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do projektu nie może korzystać z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do projektu zobowiązana jest dostarczyć następujące dokumenty:
 - a. Dokumenty rekrutacyjne (Ankieta rekrutacyjna, Deklaracja uczestnictwa w projekcie, Oświadczenie uczestnika projektu);
 - b. Skierowanie do Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas uzupełnione przez lekarza;
 - c. Karta oceny poziomu samodzielności – skala Barthel uzupełniona przez lekarza lub pielęgniarkę (dotyczy tylko pacjentów chcących skorzystać z długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej);

4. Dokumenty, o których mowa w §10 ust. 3 stanowią załączniki do niniejszego regulaminu.
5. Wzory dokumentów do pobrania znajdują się również na stronie internetowej www.kielce.caritas.pl w zakładce projekty, „Centrum Dzielnej Opieki i Pielęgnacji Caritas” lub w siedzibie Caritas Diecezji Kieleckiej, Plac Najświętszej Maryi Panny 1, Kielce lub siedzibie Centrum w Wiśniówce.
6. Uzupełnione dokumenty należy złożyć w siedzibie Caritas Diecezji Kieleckiej, Plac Najświętszej Maryi Panny 1, Kielce.

§ 11

1. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
2. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie wypełnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w projekcie.
3. Uczestnicy projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
4. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do Centrum Dzielnej Opieki i Pielęgnacji Caritas, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.
5. Osoby, które z powodu pogorszenia stanu zdrowia będą zmuszone przerwać udział w projekcie będą umieszczane na liście rezerwowej dotyczącej działania, z którego zrezygnowały z możliwością priorytetowego włączenia do projektu ponownie.

ROZDZIAŁ IV – ZASADY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

§ 12

1. Świadczenia w projekcie udzielane są osobom starszym, niepełnosprawnym, zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym zamieszkałym na terenie gminy Masłów lub miasta Kielce.



2. Po zakwalifikowaniu do projektu uczestnikom zostanie opracowany Indywidualny Plan Wsparcia (IPW), który będzie uwzględniał diagnozę potrzeb, sytuacji rodzinnej, problemów, zasobów, potencjału i predyspozycji.

§ 13

1. Pacjenci korzystający ze świadczeń w ramach wszystkich działań projektu zobowiązani są do podpisywania listy wykonywanych zabiegów/usług.
2. W przypadku braku możliwości potwierdzenia wykonanej usługi przez pacjenta (osoba leżąca, sparaliżowana), potwierdzenia dokonuje opiekun faktyczny.

ROZDZIAŁ V – ZAKRES USŁUG ŚWIADCZONYCH W PROJEKCIE

§ 14

1. Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas zapewnia opiekę medyczną dla seniorów, osób niepełnosprawnych, zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.
2. Pomoc psychologiczna zapewniona jest opiekunom faktycznym osób zależnych.
3. Do podstawowych rodzajów świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach projektu należą:
 - a. opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
 - b. usprawnianie ruchowe i zabiegi rehabilitacyjne;
 - c. opieka środowiskowa;
 - d. usługi terapeutyczne;
 - e. usługi psychologiczne;
 - f. konsultacje lekarskie prowadzone przez lekarza medycyny rodzinnej (w razie konieczności);
4. Podstawą do wykonania na rzecz pacjenta świadczeń jest wskazanie medyczne, którego dokonuje lekarz rodzinny lub inny specjalista.



§ 15

Z długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej mogą skorzystać pacjenci, którzy w Karcie oceny poziomu samodzielności otrzymali od 0-40 pkt. (skala Barthel).

§ 16

Świadczenia zdrowotne w projekcie są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych.

§ 17

1. Opiekę nad pacjentami w projekcie sprawuje personel składający się z:
 - a. lekarza medycyny rodzinnej;
 - b. pielęgniarek;
 - c. fizjoterapeutę;
 - d. opiekunów medycznych;
 - e. opiekunek środowiskowych;
 - f. terapeutę zajęciowego;
 - g. psychologa,

ROZDZIAŁ VI – PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 18

Obowiązkiem pacjenta/opiekuna faktycznego pacjenta jest:

- a. troska o mienie Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas;
- b. niezwłoczne powiadomienie personelu o awarii, uszkodzeniu sprzętu lub urządzeń w Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas;
- c. niezwłoczne powiadomienie personelu o awarii, uszkodzeniu sprzętu lub urządzeń wypożyczonych z Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego;
- d. aktywne uczestnictwo w zabiegach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej;
- e. potwierdzenie podpisem każdego świadczenia zdrowotnego wykonanego w ramach projektu;

- f. przestrzeganie przyjętych zasad współżycia pomiędzy pacjentami i pracownikami oraz zastosowanie się do zaleceń kierownika i pozostałych pracowników Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas,
- g. zachowanie trzeźwości,
- h. niepalenie tytoniu na terenie Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritasu, w Wiśniówce nr 38;

§ 19

Pacjent zobowiązany jest do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy uczestników projektu. Dopuszcza się okresowe przerwy z uczestnictwa w zajęciach pod warunkiem uzgodnienia z personelem placówki.

ROZDZIAŁ VII – POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

1. Udział w projekcie jest bezpłatny.
2. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Zmiany regulaminu wymagają formy pisemnej.
5. Regulamin zatwierdza Dyrektor Caritas Diecezji Kieleckiej.
6. Regulamin wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

Kielce, 4.07.2019.


K. STANISŁAW SŁOWIK
Dyrektor Caritas Kieleckiej

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – Ankieta rekrutacyjna
2. Załącznik nr 2 – Deklaracja uczestnictwa w projekcie
3. Załącznik nr 3 – Oświadczenie uczestnika projektu
4. Załącznik nr 4 – Skala Barthel – karta oceny
5. Załącznik nr 5 – Skierowanie do Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELĘGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE – usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”

nr RPSW.9.02.03-26-0006/18

Dane kandydata:			
Nazwisko		Imię (imiona)	
PESEL		Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Data urodzenia:		Wiek (w chwili rozpoczęcia projektu)	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość		Numer	Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta		Adres e-mail
Gmina:		Tel. komórkowy	
Powiat:		Tel. domowy	
Wykształcenie:			
<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe	<input type="checkbox"/> Średnie zawodowe	<input type="checkbox"/> Wyższe zawodowe
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Średnie ogólne	<input type="checkbox"/> Policealne	<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
1. Czy osoba jest bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
2. Czy osoba jest bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
3. Czy osoba jest bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	
4. Czy osoba jest pracującą, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
Oraz: Wykonywany zawód: Osoba zatrudniona w:	
5. Czy osoba należy do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
6. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
8. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie
11. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12. Czy jest osobą zależną (niesamodzielną)? – tj. osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
13. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teled adresowe rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną)	
Imię i nazwisko	
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Ulica, nr domu / lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy i poczta	

Gmina		Powiat	
Telefon			

KRYTERIA REKRUTACJI DO PROJEKTU

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „x” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie ¹	
KRYTERIA FORMALNE	Miejsce zamieszkania chorego i opiekuna	Województwo:..... Powiat: Miejscowość:
	Niesamodzielnosc chorego	Ocena w skali BARTHEL <input type="checkbox"/> poniżej 40 punktów <input type="checkbox"/> od 41 do 80 punktów <input type="checkbox"/> powyżej 81 punktów
	UWAGA! Do formularza należy dołączyć skierowanie lekarza POZ do objęcia opieką długoterminową	Ja niżej podpisany (imię i nazwisko opiekuna)..... jako opiekun (imię i nazwisko chorego)..... oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną. <div style="text-align: right;">..... Czytelny podpis</div>

¹ W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione

Oświadczam, iż nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS.

Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020 (do 6 miesięcy po opuszczeniu przez mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Plac Najświętszej Maryi Panny 1, 25-010 Kielce w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
(Data i czytelny podpis kandydatki/kandydata / opiekuna prawnego)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)” realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)” - (zgodnie z ankietą rekrutacyjną).
- posiadam 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.).
- 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
- nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
- zostałem poinformowany, że wyżej wymieniony projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Priorytet IX.: Włączenie społeczne i walka z ubóstwem; Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- zapoznałem/em się z ofertą projektu „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”, Regulaminem Organizacyjnym, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz w pełni akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
- zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów niezbędnych w celu realizacji działań projektowych oraz procesu monitoringu po zakończeniu realizacji projektu.
- udzielam Wnioskodawcy nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda dotyczy utrwalania, zwielokrotniania, rozpowszechniania oraz publikowania wizerunku w związku z uczestnictwem w projekcie służącym popularyzacji oraz promocji działań podejmowanych w ramach projektu pn. „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika

Oświadczenie uczestnika projektu

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIEŁĘGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka) o numerze RPSW.09.02.03-26-006/18 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc, 25-516 Kielce;
- 2) 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) zachowania trwałości projektu,
 - j) archiwizacji,
- 3) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIEŁĘGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)” Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie IŻ 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 przez mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 7) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNÍÓWCE - usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”, nr RPSW.09.02.03-26-006/18 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 9) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA
PROJEKTU

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO
DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

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 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 moc	
		Wynik kwalifikacji ⁴⁾

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga 1) skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

.....

.....

.....
data, pieczęć, podpis
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

SKIEROWANIE DO CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIĘLEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE

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 Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas w Wiśniówce.

.....
Miejscowość, data

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