

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmoczonej opieki pielęgniarstwa, 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
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.

§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Pocza
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- 1.
2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:
 - a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
 - b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18
2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielną (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielną oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielną
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.



§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

- indywidualny
 pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek
(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

- miasto
 wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

- Podstawowe Ponadgimnazjalne Wyższe magisterskie
 Gimnazjalne Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Pocza
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmożonej opieki pielęgniarstwa, 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
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.

§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

- indywidualny
 pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek
(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

- miasto
 wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

- Podstawowe Ponadgimnazjalne Wyższe magisterskie
 Gimnazjalne Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielną (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielną oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielną
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.

§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapewnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

- indywidualny
 pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek
(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

- miasto
 wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

- Podstawowe Ponadgimnazjalne Wyższe magisterskie
 Gimnazjalne Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Pocza
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmoczonej opieki pielęgniarstwa, 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
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.

§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

- indywidualny
 pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek
(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

- miasto
 wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

- Podstawowe Ponadgimnazjalne Wyższe magisterskie
 Gimnazjalne Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Pocza
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej, 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
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.

§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

indywidualny

pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek

(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

miasto

wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

Podstawowe

Ponadgimnazjalne

Wyższe magisterskie

Gimnazjalne

Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielną (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielną oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielną
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.



§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

- indywidualny
 pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek
(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

- miasto
 wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

- Podstawowe Ponadgimnazjalne Wyższe magisterskie
 Gimnazjalne Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

§ 1.

DDOM działa, jako wyodrębniona komórka organizacyjna w jednostce organizacyjnej kody V17, VIII14, VIII 2200 prowadzonej przez podmiot leczniczy Caritas Diecezji Kieleckiej, utworzona w związku z realizacją projektu nr RPSW.09.02.03-26-0012/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

1.

2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

- a. **Organizator** – podmiot udzielający świadczeń w ramach DDOM, tj. Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce
- b. **DDOM** – Dzienny Dom Opieki Medycznej - jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

Projekt – „Dzienny Dom Opieki Medycznej” - projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Działanie 9.2.3 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych.

- c. **Uczestnik projektu** – osoba korzystająca ze wsparcia realizowanego w ramach projektu przez DDOM

§ 2

4. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie pt: „Dzienny Dom Opieki Medycznej” nr RPSW.09.02.03-26-0012/18

2. Szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej wyodrębnionego strukturalnie, będącego częścią podmiotu leczniczego Caritas Diecezji Kieleckiej,

a także zasady i warunki korzystania z DDOM określa Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej.

§ 3.

1. Uczestnikiem projektu jest pacjent oraz najbliższa rodzina pacjenta.
2. Pacjent bezpośrednio korzysta ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej.
3. Najbliższa rodzina pacjenta korzysta z wsparcia polegającego na edukacji przygotowującej do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.

§ 4.

1. Pacjentami DDOM-u mogą być osoby spełniające łącznie następujące warunki:
 - a. są mieszkańcami powiatu kieleckiego ziemskiego lub grodzkiego, w szczególności w wieku pow. 65 roku życia,
 - b. zamierzają skorzystać ze świadczeń DDOM bezpośrednio po przebytej hospitalizacji lub w okresie ostatnich 12 miesięcy korzystali z świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, lub występuje u nich ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie.
 - c. ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielną (weryfikacja na podstawie oceny dokonanej przez lekarza kierującego wg skali Barthel: 40-65 punktów),
 - d. nie korzystają ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej -oddział dzienny lub stacjonarny; gdy wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie,
 - e. wymagają wzmoczonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielną oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielną
 - f. zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym
 - g. mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. DDOM przeznaczony jest dla 20 pacjentów. Łącznie przez okres funkcjonowania placówki przewiduje się przyjęcie 80 pacjentów (56 kobiet i 24 mężczyzn).
3. Kryteria premiujące;
 - mężczyźni – 3 pkt,
 - OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 4 pkt.
 - os korzystające z PO PŻ – 3 pkt.

§ 5.

1. Najbliższa rodzina pacjenta przebywającego w DDOM-ie może brać udział w działaniach edukacyjnych przygotowujących do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych.
2. Udział w działaniach edukacyjnych skierowany jest do grupy ok. 20 osób (14K/6 M)

§ 6.

1. Rekrutacja pacjentów do DDOM-u prowadzona jest w trybie ciągłym począwszy od lutego 2019 r., bezpośrednio przez Organizatora.
2. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn.
3. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do DDOM-u zobowiązana jest dostarczyć:
 - a. Formularz zgłoszeniowy- Załącznik nr 1
 - b. Deklaracja uczestnictwa w projekcie-Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
 - c. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel).- Załącznik nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach
4. Wymagane dokumenty rekrutacyjne należy składać w wersji papierowej, w Dziennym Domu Opieki Medycznej.
5. O zakwalifikowaniu pacjenta do Projektu decydują następujące kryteria:
 - a. formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym pacjent może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie (weryfikacja przez koordynatora projektu). Nie uzupełnienie wskazanych braków we wskazanym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 - b. merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w Projekcie określonych w § 4 ust.1. W przypadku wątpliwości, co do zasadności udzielenia świadczeń ze względu na stan zdrowia Pacjenta w ramach DDOM na podstawie złożonych dokumentów, lekarz DDOM ma prawo wezwać pacjenta/ rodzinę pacjenta na wizytę kwalifikacyjną lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Organizator nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.

§ 7.

1. Beneficjent zastrzega sobie prawo preferencji w przyjęciu do Projektu osób powyżej 65 roku życia, w tym; mężczyzn, osób z niepełnosprawnością, osób korzystających z POPŻ
2. O przyjęciu do projektu pacjenci zostaną poinformowani drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym, lub w przypadku braku telefonu pisemnie.
3. Rekrutacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w Projekcie.
4. Uczestnicy Projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali zakwalifikowani do udziału w Projekcie zostaną uwzględnieni w liście rezerwowej.
5. W przypadku skreślenia/rezygnacji pacjenta zakwalifikowanego do DDOM-u, na jego miejsce zostanie zakwalifikowany kolejny pacjent oczekujący w kolejce.

§ 8.

1. Pacjentom Dziennego Domu Opieki Medycznej przysługują:
 - a. świadczenia z zakresu opieki medycznej połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych;
 - b. wyżywienie podczas pobytu oraz w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalonym na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w DDOM.
3. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny DDOM i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych, z zastrzeżeniem, iż może zostać skrócony w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.
4. Pacjent jest zobowiązany do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy Uczestników Projektu w przypadku odnotowania nieusprawiedliwionej nieobecności.
5. Codzienna obecność jest potwierdzana na liście obecności.

§ 9.

1. W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do rodzin i opiekunów pacjenta przebywającego w Dzienny Dom Opieki Medycznej, rodzinom przysługują:



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a. nieodpłatny udział w szkoleniu (comiesięczne spotkania 4-godziny warsztatów, 2 godziny konsultacji) przygotowujące do kontynuacji opieki nad osobą niesamodzielną;
 - b. materiały szkoleniowe;
 - c. poczęstunek.
2. Członek rodziny pacjenta przed przystąpieniem do udziału w działaniach edukacyjnych zobowiązany jest dostarczyć do Koordynatora DDOM-u następujące dokumenty:
- a. Formularz zgłoszeniowy- załącznik nr 2
 - b. Deklarację uczestnictwa w projekcie- załącznik nr 3

§ 10.

Dokumenty o których mowa w § 6 ust. 3 i w § 9 ust. 2 dostępne są w siedzibie DDOM-u przy ul. Urzędniczej 16a Kielce.

§ 11.

1. Po zakończeniu udziału pacjent zobowiązany jest wypełnić ankiety niezbędne w procesie ewaluacji.
2. Udział w DDOM-ie jest bezpłatny.
3. Pacjent może uczestniczyć/ korzystać ze świadczeń DDOM-u tylko raz w okresie realizowania przez DDOM projektu.
4. Szczegółowe warunki pobytu w DDOM określa Regulamin Organizacyjny DDOM.

§ 12.

1. Niniejszy regulamin jest dokumentem obowiązującym w ramach Projektu.
2. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie obowiązują zapisy Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Kielce, dnia 04.02.2019 r.

ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy dla pacjenta
Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy dla opiekuna
Załącznik nr 3 - Deklarację uczestnictwa w projekcie.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

indywidualny

pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek

(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

miasto

wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

Podstawowe

Ponadgimnazjalne

Wyższe magisterskie

Gimnazjalne

Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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 teleadresowe 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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

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



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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)



Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”
nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;	
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)
Dane kontaktowe:	
Województwo :	
Powiat:	
Gmina:	
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Pocza
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. Czy osoba jest pracująca, 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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18. 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.
19. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
21. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

24. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
25. 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
26. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe 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 ²
KRYTERIA FORMALNE	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA..... <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	

² W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

OŚWIADCZAM, IŻ NIE KORZYSTAM Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA W INNYCH PROJEKTACH WSPÓŁFINANSOWANYCH PRZEZ UE W RAMACH EFS.

Oświadczam, że zobowiązuje 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 przez mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuje się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 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 zobowiązuje 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

3) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

4) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 4)
- 5)
- 6)

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie DDOM (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, Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa oraz Regulaminem Zwrotu Dojazdu Pacjentów, 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. „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji
i uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej Caritas Diecezji Kieleckiej w Kielcach

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja
(imię i nazwisko)

Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”, tym samym oświadczam, iż:

Jestem członkiem rodziny / opiekunem * pacjenta „Dziennego Domu Opieki Medycznej Caritas w Kielcach”.

(* niepotrzebne skreślić)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis