

PROMED SPECJALISTYKA Sp. z o.o. | ul. Zwycięstwa 15, 42-624 Tąpkowice | NIP: 6452549609 | tel:32 285 72 79

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU (OS)

Projekt: Domowy Krąg Opieki – kompleksowe wsparcie pielęgniarstwa opieką długoterminową w miejscu zamieszkania.

Nr projektu: FESL.07.06-IZ.01-0D6B/24-005

CZĘŚĆ I: DANE OSOBOWE KANDYDATA/KI (Osoba Starsza 60+)

1. **Imię i Nazwisko:**
 2. **PESEL:** (W przypadku braku: seria i nr dok. Tożsamości:)
 3. **Data urodzenia:** (Wymagane ukończenie 60. roku życia)
 4. **Płeć:** Kobieta Mężczyzna
 5. **Adres zamieszkania:** Ulica i nr:
 - Kod pocztowy i miejscowość:
 - Powiat (proszę zaznaczyć): m. Katowice powiat tarnogórski powiat będziński
 - inny (jaki?):
6. **Numer telefonu kontaktowego:**

CZĘŚĆ II: KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI (Kryteria dostępu)

1. **Czy korzysta Pan/i obecnie ze świadczeń pielęgniarstwa długoterminowej (domowej lub stacjonarnej) finansowanych z NFZ?**
TAK NIE (Warunkiem udziału jest odpowiedź NIE)
2. **Czy posiada Pan/i skierowanie lekarskie oraz Kartę Barthel (0-40 pkt)?**
TAK NIE
3. **Status na rynku pracy:**
Osoba bierna zawodowo (emeryt/ka, rencista/ka)

CZĘŚĆ III: KRYTERIA PREMIUJĄCE (Służące do przyznania punktów w rankingu)

1. **Czy posiada Pan/i orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?**
TAK, stopień znaczny TAK, stopień umiarkowany TAK, niepełnosprawność sprzężona NIE
2. **Czy cierpi Pan/i na chorobę demencyjną lub chorobę Alzheimera?**
TAK NIE (Wymagane potwierdzenie dokumentacją medyczną)
3. **Czy zamieszkuje Pan/i na terenach wiejskich?**
TAK NIE

4. Czy prowadzi Pan/i gospodarstwo jednoosobowe (mieszka Pan/i samotnie)?

TAK NIE

5. Wynik w skali Barthel (z dołączonego załącznika nr 4):pkt.

CZĘŚĆ IV: DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (Jeśli dotyczy) (Wypełnić, jeśli opiekun również ma zostać objęty wsparciem, np. psychologicznym lub szkoleniowym)

1. Imię i Nazwisko opiekuna:

2. PESEL opiekuna:

3. Relacja z Uczestnikiem:

CZĘŚĆ V: LISTA ZAŁĄCZNIKÓW Proszę zaznaczyć dokumenty składane wraz z formularzem:

- Załącznik nr 1: Skierowanie lekarskie
- Załącznik nr 4: Karta oceny stanu zdrowia wg skali Barthel
- Załącznik nr 2: Oświadczenie o miejscu zamieszkania
- Załącznik nr 3: Oświadczenie o braku korzystania ze świadczeń NFZ
- Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
- Dokumentacja medyczna dot. demencji/Alzheimera (jeśli dotyczy)

CZĘŚĆ VI: OŚWIADCZENIA I PODPIS

1. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w formularzu są stanem faktycznym.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji do projektu (zgodnie z załączoną klauzulą RODO).
3. Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie i korzystania z zaplanowanych form wsparcia.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis Kandydata/ki lub Opiekuna)