

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sokołowsku z dnia 01.05.2021r.

§1 Definicje

1. Beneficjent – Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o. z siedzibą w 58-351 Sokołowsku, ul. Parkowa 3
2. DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej – jedna z form deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego. W Dziennym Domu Opieki Medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;
3. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Sokołowsku jest prowadzony w ramach projektu „Utworzenie Dziennego Dom Opieki Medycznej w Sokołowsku” –w ramach naboru RPDS.09.03.00-IP.02-02-374/19 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014–2020.
4. Organizator – podmiot udzielający świadczenia w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej tj. Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o.;
5. Osoba korzystająca ze wsparcia (pacjent) – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach dziennego domu opieki medycznej; pacjent zakwalifikowany do projektu według zasad określonych w Regulaminie;
6. Opiekun pacjenta – osoba spokrewniona lub niespokrewniona pozostająca w faktycznym związku, wspólnie zamieszkująca i gospodarująca lub wskazana przez osobę korzystającą ze wsparcia Dziennego Domu Opieki Medycznej.

§2 Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (Regulamin) określa zasady rekrutacji Uczestników projektu i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Dom Opieki Medycznej w Sokołowsku”;
2. Głównym celem projektu jest wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój systemu świadczeń zdrowotnych dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych. Zaplanowane działanie ma na celu poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi, poprzez przygotowanie i wdrożenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających rozwój form świadczeń zdrowotnych;
3. Celem kwalifikowania pacjentów do DDOM jest:
 - poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej,
 - zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym,
 - przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką;
4. W ramach projektu realizowane są świadczenia medyczne połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania, w tym terapii:

- a) Pielęgniarskiej – poprawa stanu ogólnego pacjenta oraz podnoszenie świadomości zdrowotnej pacjenta i opiekunów,
 - b) Rehabilitacyjnej i fizjoterapeutycznej – podniesienie sprawności ruchowej i aktywności pacjenta, łagodzenie dolegliwości bólowych,
 - c) Psychologicznej – poprawa stanu psychicznego pacjenta,
 - d) Logopedycznej – poprawa narządu mowy, w szczególności u pacjentów po udarach mózgu,
 - e) Zajęciowej – usprawnienie manualne, pobudzenie kreatywności, poprawa pamięci i samopoczucia,
 - f) Przygotowania opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne);
- 5. Pacjenci przebywający w Dziennym Domu Opieki Medycznej mają zapewnione odpowiednio do stanu zdrowia wyżywienie (śniadanie, obiad dwudaniowy oraz herbatę, kawę i drobne przekąski);
 - 6. W przypadku osób samotnych bez możliwości pomocy ze strony opiekunów lub w przypadku znacznej niepełnosprawności Organizator dopuszcza możliwość zapewnienia transportu zwykłego z miejsca zamieszkania do DDOM-u i powrotu do miejsca zamieszkania (na podstawie opinii lekarza kierującego);
 - 7. Osoba korzystająca ze wsparcia ma prawo do korzystania ze wszystkich wymienionych świadczeń zgodnie z indywidualnym planem terapii, ustalonym na podstawie przeprowadzonych konsultacji oraz badań najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta;
 - 8. Osobami korzystającymi ze wsparcia w Dziennym Domu Opieki Medycznej mogą być pacjenci spełniający następujące warunki:
 - a) Są pacjentami bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga 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;
 - b) Są pacjentami, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (weryfikacja na podstawie wypisu ze szpitala),
 - c) Ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność (weryfikacja na podstawie oceny wg skali Barthel)
 - d) Nie są wyłączeni z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM (wyłączone są osoby korzystające 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, a także osoby w przypadku, których podstawowym wskazaniem jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia) (weryfikacja na podstawie oświadczenia pacjenta),
 - e) Są pacjentami wymagającymi ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym (weryfikacja na podstawie skierowania do DDOM),
 - f) Są pacjentami mającymi 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.) (weryfikacja na podstawie oświadczenia pacjenta i/lub w systemie EWUŚ).

§3 Uczestnicy projektu

1. Uczestnikami projektu mogą być pacjenci, którzy spełniają wymagania, o których mowa w par. 2 pkt 8 i którzy złożą wymagane dokumenty określone w par. 3 pkt 3, zostaną zakwalifikowani do udziału w projekcie oraz podpiszą umowę wsparcia;
2. Wzory wymaganych dokumentów są dostępne na stronie internetowej Beneficjenta oraz w Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o., ul. Parkowa 3, 58-351 Sokołowsko, www.sanatoria-dolnoslaskie.pl (biuro projektu);
3. Wykaz wymaganych dokumentów:
 - a) Formularz zgłoszeniowy,
 - b) Skierowanie do DDOM,
 - c) Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (ocena wg skali Barthel),
 - d) Dokument tożsamości do wglądu,
 - e) Kopia wypisu ze szpitala z ostatnich 12 m-cy (oryginał do wglądu),
 - f) Oświadczenie o posiadaniu prawa 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.),
 - g) Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług DDOM,
 - h) Zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (jeśli dotyczy);
4. Skierowanie wraz z Kartą oceny świadczeniobiorcy (skala Barthel) do Dziennego Domu Opieki Medycznej wydaje:
 - a) Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
 - b) W przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu;
5. Do projektu zostanie zakwalifikowanych łącznie 100 Uczestników projektu przez okres 2 lat;
6. Równocześnie ze wsparcia w ramach projektu może korzystać maksymalnie 25 osób.

§4 Zasady rekrutacji

1. Rekrutacja do projektu prowadzona jest w naborze ciągłym;
2. Rekrutacja do projektu prowadzona jest przez Organizatora tj. Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o., Dokumenty rekrutacyjne, o których mowa w par. 3 pkt. 3 należy składać w wersji papierowej w biurze projektu pod adresem Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o., ul. Parkowa 3, 58-351 Sokołowsko w celu zarejestrowania w kolejce oczekujących.
3. Istnieje również możliwość przesłania dokumentów drogą pocztową z dopiskiem „Rekrutacja Dzienny Dom Opieki Medycznej”) oraz drogą mailową na adres ddom@sanatoria-dolnoslaskie.pl

4. Terminem złożenia dokumentów i ich rejestracji w kolejce oczekujących jest data ich wpływu;
5. Kryteriami decydującymi o zakwalifikowaniu Uczestnika do projektu są:
 - osoby powyżej 65 roku życia - 65 lat i mniej: 0 pkt, 66-69: 2 pkt, powyżej 70 r.ż.: 4 pkt;
 - osoba samotna - 4 pkt;
 - osoba z niepełnosprawnościami - 1 pkt;
 - osoba, u której w gospodarstwie domowym występuje niepełnosprawność - 1 pkt;
6. Nadprogramowi pacjenci, którzy zostaną umieszczeni na liście rezerwowej będą mieli pierwszeństwo przyjęcia do DDOM o ile w dalszym ciągu spełniać będą kryteria
7. dostępu.
8. Lekarz Dziennego Domu Opieki Medycznej ma prawo wezwać pacjenta na wizytę kwalifikacyjną celem weryfikacji słuszności skierowania pacjenta do pobytu w DDOM;
9. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji;
10. O przyjęciu do projektu Uczestnicy projektu zostaną poinformowani drogą telefoniczną/mailową/pocztą tradycyjną na numer telefonu/mail/adres wskazany w formularzu zgłoszeniowym;
11. Uczestnik projektu, który został zakwalifikowany do udziału w projekcie zobowiązany jest do podpisania umowy wsparcia, zapoznania się i akceptację regulaminu DDOM (nie później niż 1-ego dnia pobytu, przed rozpoczęciem wsparcia);
12. Uczestnicy projektu, którzy z powodu braku miejsc nie zostali przyjęci do pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej zostaną umieszczeni na liście rezerwowej;

§5 Zasady uczestnictwa

1. Za korzystanie ze świadczeń Dziennego Domu Opieki Medycznej Uczestnik projektu nie ponosi żadnych kosztów. Projekt współfinansowany jest ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020;
2. Czas trwania pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych z uwzględnieniem zapisów pkt. 3;
3. W celu uczestnictwa w projekcie wymagane jest podpisanie umowy stanowiącej Załącznik nr 7 do regulaminu.
4. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne, całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne);
5. W ciągu trzech pierwszych dni wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej. Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii. Weryfikacja indywidualnego planu terapii następuje w cyklu cotygodniowym (mogą nastąpić korekty planu), a pod koniec każdego miesiąca pobytu Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny podejmuje decyzje o kontynuacji pobytu pacjenta w Dziennym Domu Opieki Medycznej na kolejny okres lub dokonuje ponownej oceny stanu pacjenta w celu uzyskania wypisu co jest tożsame z zakończeniem pobytu w DDOM;



6. W pierwszym miesiącu pacjenci przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie;
7. Uczestnik Projektu może skorzystać ze świadczeń w okresie trwania projektu tj. 01.07.2021 do 30.06.2023 r.
8. Uczestnik projektu zobowiązany jest do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy uczestników. Codzienna obecność pacjenta w Dziennym Domu Opieki Medycznej potwierdzana jest poprzez podpis pacjenta na liście obecności;
9. W przypadku zakończenia przez Uczestnika projektu udziału w projekcie lub przerwania pobytu z powodu dobrowolnej rezygnacji, pogorszenia się stanu zdrowia, w wyniku którego konieczna jest np. hospitalizacja bądź rozwiązania umowy wsparcia z winy Uczestnika projektu (złożenie fałszywych oświadczeń wykryte po podpisaniu umowy; nieusprawiedliwiona nieobecność, przybycie do DDOM pod wpływem alkoholu; agresywne zachowanie wobec innych UP/personelu nie wynikające z jednostki chorobowej), do Dziennego Domu Opieki Medycznej trafią kolejne osoby z aktualnej listy rezerwowej (po podpisaniu umowy);

§5 Postanowienia końcowe

1. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie wchodzi w życie z dniem 01.06.2021r;
2. Sprawy nieuregulowane w Regulaminie rozstrzyga Prezes Zarządu Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o.

§6 Załączniki do Regulaminu

1. Załącznik nr 1 – Formularz zgłoszeniowy,
2. Załącznik nr 2 – Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej,
3. Załącznik nr 3 - Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
4. Załącznik nr 4 – Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej – ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel,
5. Załącznik nr 5 – Oświadczenie uczestnika projektu o przetwarzaniu danych osobowych,
6. Załącznik nr 6 – Oświadczenie i zobowiązanie Rodziny/Opiekunów do współpracy w przygotowaniu Pacjenta do transportu.
7. Załącznik nr 7 – Umowa

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”.

Formularz zgłoszeniowy do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL, w przypadku braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość Świadczeniobiorcy	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/relacja z opiekunem	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Oświadczam, iż członek rodziny/opiekun wyraża chęć bezpłatnego uczestnictwa w działaniach edukacyjnych TAK/NIE.

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA

Informacje niezbędne w procesie rekrutacji (zaznacz odpowiedź)

Wiek uczestnika projektu

- ☐ Osoba 65 lat i mniej
- ☐ Osoba w wieku 66-69 lat
- ☐ Osoba powyżej 70 roku życia

Osoba samotna

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Osoba z niepełnosprawnościami

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Osoba, u której w gospodarstwie domowym występuje niepełnosprawność

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Załącznik nr 2 – do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję:

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy	
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy	
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	
Nr telefonu do kontaktu	
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy	
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)	
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca	
do dziennego domu opieki medycznej.	

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

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

Załącznik nr 3 – do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”

Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ja (imię i nazwisko).....

Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku.” i tym samym składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, iż nie jestem wyłączony z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM tj. 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, a także podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia,
2. Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.).

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy
Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²⁾	Wynik ³⁾
1	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	

7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to potrzebujący wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁴	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do Dziennego Domu Opieki Medycznej

.....

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki
ubezpieczenia zdrowotnego

¹ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.

Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

² W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

³ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁴ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

Załącznik nr 5 – do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH **(obowiązek informacyjny w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą)**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/79 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO) oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych jest:
 - w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
 - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa
- 2) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail inspektor@umwd.pl;
 - Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail iod@miir.gov.pl;
- 3) Moje dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych RODO;
- 5) W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu

Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

- 6) Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja Pośrednicząca RPO WD 2014 – 2020, Beneficjent, Partner (jeśli dotyczy) oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom świadczącym usługi w związku z realizacją projektu/RPO WD 2014-2020 na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WD 2014 – 2020, Instytucji Pośredniczącej RPO WD 2014 – 2020 lub beneficjenta m.in. w zakresie badań ewaluacyjnych, kontroli i audytu w ramach RPO WD 2014 – 2020, informacji i promocji projektu/RPO WD 2014-2020;
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia RPO WD 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 8) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie;
- 9) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
- 10) Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA /
UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 6 – do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”

OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY/OPIEKUNÓW/PACJENTA DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU

Ja (imię i nazwisko)..... jako
rodzina/opiekun/pacjent osoby.....
(imię i nazwisko pacjenta) ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku wyrażam zgodę i składam zobowiązanie do współpracy z Organizatorem DDOM w przygotowaniu pacjenta do transportu z miejsca zamieszkania do DDOM i z powrotem do miejsca zamieszkania. Transport pacjenta jest realizowany przez Organizatora DDOM w razie potrzeby tj. w przypadku osób samotnych bez możliwości pomocy ze strony opiekunów lub w przypadku znacznej niepełnosprawności.

DATA

CZYTELNY PODPIS CZŁONKA
RODZINY/OPIEKUNA/PACJENTA

Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku”.

U M O W A
określająca warunki pobytu
w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku
prowadzonym w ramach Spółki Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o.

zawarta w dniu roku w Sokołowsku pomiędzy:

Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o. z siedzibą w Sokołowsku przy ul. Parkowej 3, kod 58-351 Sokołowsko wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000128228; posiadającą NIP 886-10-10-961 oraz REGON 890314440, w imieniu której działa **Prezes Zarządu Pan Tomasz Maciejowski** zwany w dalszej części umowy „**Spółką**”

a

Nazwisko i imię :

zam.

PESEL :

zwanym „**Uczestnikiem projektu**”

§ 1.

Przedmiot umowy

1. Uczestnik projektu to osoba korzystająca ze wsparcia w ramach DDOM–tj. osoba niesamodzielna w szczególności osoba powyżej 65 roku życia, której stan nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką POZ i AOS, lub osobą zlecającą wykonanie usługi przez Spółkę dla Pensjonariusza, nad którym sprawuje opiekę.
2. Uczestnik projektu to osoba przebywająca w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku.
3. Przedmiotem umowy jest udzielanie Uczestnikowi projektu świadczeń w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku przez Spółkę na warunkach określonych niniejszą umową.
4. W ramach umowy Uczestnik projektu otrzymuje w szczególności:
 - a) Pobyt w Dziennym Domu Opieki Medycznej w godzinach 8.00 – 16.00 w dni robocze tj. poniedziałek - piątek
 - b) Wyżywienie (dwa posiłki – śniadanie i obiad wraz z napojami)
 - c) Opiekę pielęgniarską
 - d) Wsparcie opiekuna medycznego
 - e) Rehabilitację usprawniającą
 - f) Zajęcia terapii zajęciowej
 - g) Opiekę psychologa
 - h) Wsparcie dietetyka
 - i) Wsparcie logopedy/neurologopedy
 - j) Konsultacje z lekarzami specjalistami w zakresie geriatрії, rehabilitacji medycznej oraz medycyny rodzinnej.

§ 2.

Obowiązki Uczestnika projektu

1. Przyjęcie Uczestnika projektu do Dziennego Domu Opieki Medycznej następuje na podstawie dokumentów wskazanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Uczestnik projektu zobowiązuje się stosować do Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku określającego jego prawa i obowiązki.
3. Uczestnik projektu ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody powstałe wskutek działania lub zaniechania w związku z pobytem w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku.

§ 3.

Postanowienia szczegółowe

1. Strony zgodnie ustalają, że niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od 30 do 120 dni roboczych z uwzględnieniem zapisów § 4.
2. Dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy jest dniem przyjęcia Uczestnika projektu do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku tj. od dnia
3. Z tytułu uczestnictwa w projekcie pacjent nie ponosi żadnych kosztów (udział w projekcie jest bezpłatny).

§ 4

Okres obowiązywania i ustanie umowy

1. Czas trwania pobytu Uczestnika projektu w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku ustalany jest indywidualnie przez Zespół Terapeutyczny, przy czym nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych z uwzględnieniem zapisów pkt. 3 § 4;
2. Pobyt pacjenta może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne, całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne), a także w sytuacji braku postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji Uczestnika projektu i jego opiekunów faktycznych.
3. W pierwszym miesiącu Uczestnicy projektu przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu (dni robocze) przez 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego Uczestnika projektu, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie. Spółka może odstąpić od niniejszej umowy w trybie natychmiastowym w sytuacji: wystąpieniem u Uczestnika projektu objawów choroby psychicznej, zachowań agresywnych bądź zagrażających w jakikolwiek sposób funkcjonowaniu DDOM ze względu na dobro oraz bezpieczeństwo innych Uczestników projektu oraz personelu Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku.
 - b) pogorszenia się stanu zdrowia Uczestnika projektu w takim stopniu, że ze względu na jego stan będą istniały przeciwwskazania do dalszego przebywania Dziennym Domu Opieki Medycznej w Sokołowsku.
 - c) Uczestnik projektu naruszać będzie w jakikolwiek sposób postanowienia Regulaminu Organizacyjnego DDOM.
5. Odstąpienie od umowy wymaga formy pisemnej i może być zrealizowane w terminie 30



dni od zaistnienia okoliczności uzasadniające odstąpieniu od umowy.

§ 5

RODO

1. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U z 2014 poz. 1182, Spółka informuje, iż:
 - a) administratorem danych osobowych Uczestnika projektu są Sanatoria Dolnośląskie sp. z o. o. z siedzibą w Sokołowsku 58-351 Sokołowsko, ul. Parkowa 3,
 - b) dane osobowe Uczestnika projektu przetwarzane będą w celu realizacji niniejszej umowy i nie będą udostępniane innym podmiotom,
 - c) Uczestnik projektu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
2. Zgodnie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych przez Sanatoria Dolnośląskie sp. z o. o. z siedzibą w Sokołowsku 58-351 ul. Parkowa 3.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
4. Zakres danych osobowych przetwarzanych przez Spółkę w ramach projektu określono w załączniku nr 1 do umowy.

§ 6

1. Uczestnik projektu udziela/~~nie udziela~~ Spółce oraz osobom fizycznym lub prawnym, z którymi jest lub będzie Spółka związana umową lub innego rodzaju stosunkiem prawnym mającym za przedmiot dysponowanie fotografiami autorstwa Spółki, nieograniczonego dozwolonym prawem i nieodwołalnego prawa do wykorzystania zdjęć z wizerunkiem Uczestnika projektu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 4 lutego 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (teks jednolity: Dz. U. z 2018 pozycja 1191).
2. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie i powielanie i inne przetwarzanie zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu, zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to w szczególności publikację w gazetach, czasopismach okresowych, czasopismach okazjonalnych, folderach, publikacjach elektronicznych, stronach www, wystawach, konkursach etc.
3. Równocześnie Uczestnik projektu zrzeka się wszelkich praw i roszczeń związanych z kontrolą i zatwierdzeniem każdorazowego wykorzystania zdjęć z jego wizerunkiem, także w przypadku wykorzystywania ich w celu łączenia z innymi obrazami za pośrednictwem technik cyfrowych.

.....
Spółka

.....
Uczestnik projektu

Załączniki:

1. Zakres danych przetwarzanych w ramach projektu.

Załącznik nr 1 do umowy - Zakres danych przetwarzanych w ramach projektu.

Formularz Uczestnika projektu

Proszę o czytelne wypełnienie formularza

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL, w przypadku braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość Uczestnika projektu	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu kontaktowego	

Adres e-mail	

WYKSZTAŁCENIE*

- niższe niż podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne
- policealne
- wyższe

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU*

- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
- osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
- osoba bierna zawodowo
- osoba pracująca
- żadne z powyższych

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

Osoba z niepełnosprawnościami*

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

*proszę o zakreślenie właściwej odpowiedzi.