**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO UDZIAŁU W USŁUGACH DORADZTWA INDYWIDUALNEGO**

**Z ZAKRESU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

***realizowanych przez   
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie, 30-663 Kraków, ul. Wielicka 267***

***w ramach projektu***

***„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz   
wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”***

**współfinansowanego ze środków**

**Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego   
i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014,**

**w ramach programu PL07**

**„*Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów  
 demograficzno – epidemiologicznych”***

1. **Dane uczestnika**

Niniejszym zgłaszam wolę udziału w świadczonych w ramach projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”* usługach z zakresu doradztwa indywidualnego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PACJENT** | | | | |
| **IMIĘ** | |  | | |
| **NAZWISKO** | |  | | |
| **PESEL** | |  | | |
| **STAN CYWILNY** | |  | | |
| **WYZNANIE** | |  | | |
| **DANE ADRESOWE (DANE DO KORESPONDENCJI)** | | | | |
| Miejscowość, kod pocztowy i poczta | | Ulica nr domu i lokalu | | |
|  | |  | | |
| **DANE ADRESOWE (MIEJSCA POBYTU/ ŚWIADCZENIA OPIEKI)** | | | | |
| Województwo | Powiat | | Miejscowość | |
|  |  | |  | |
| Kod pocztowy i poczta | Ulica nr domu i lokalu | | | |
|  | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE PACJENTA/OPIEKUNA [[1]](#footnote-1)** | | | | |
| Telefon kontaktowy | | e-mail | | |
|  | |  | | |
|  | | | | |
| **PRZEDSTAWICIEL PRAWNY/BRAK PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO[[2]](#footnote-2)**  ***(należy dołączyć postanowienie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekuna prawnego)*** | | | | |
| **IMIĘ** | |  | |  |
| **NAZWISKO** | |  | |  |
| **PESEL** | |  | |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | |
| Telefon kontaktowy | | e-mail | | |
|  | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIEKUN FAKTYCZNY PACJENTA**  ***(należy wpisać jeżeli pacjent nie ma wyznaczonego opiekuna prawnego)*** | | |
| **IMIĘ** |  | |
| **NAZWISKO** |  | |
| **PESEL** |  | |
| **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA Z PACJENTEM** |  | |
| **DANE ADRESOWE (DANE DO KORESPONDENCJI)** | | |
| Województwo | Powiat | Miejscowość |
|  |  |  |
| Kod pocztowy i poczta | Ulica nr domu i lokalu | |
|  |  | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | |
| Telefon kontaktowy | e-mail | |
|  |  | |

1. **Opis stanu zdrowia pacjenta**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Na potwierdzenie stanu zdrowia przedstawiam[[3]](#footnote-3):

1. ……………………………
2. ……………………………
3. **Kryteria udziału w projekcie**

(należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Pacjent jest osobą przewlekle chorą[[4]](#footnote-4) | TAK | NIE |
| Czy Pacjent jest osobą samodzielną | TAK | NIE |
| Czy u Pacjenta występuje uszkodzenie lub upośledzenie funkcji organizmu (w następstwie choroby lub urazu) | TAK | NIE |
| Czy Pacjent wymaga stałej opieki osób drugich  w wykonywaniu czynności życiowych | TAK | NIE |

Proszę o potwierdzenie, w którym z poniższych obszarów u Pacjenta występuje dysfunkcja:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spożywanie posiłków | TAK | NIE |
| Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) | TAK | NIE |
| Utrzymanie higieny osobistej | TAK | NIE |
| Korzystanie z toalety | TAK | NIE |
| Mycie, kąpiel całego ciała | TAK | NIE |
| Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) | TAK | NIE |
| Wchodzenie i schodzenie po schodach | TAK | NIE |
| Ubieranie się i rozbieranie | TAK | NIE |
| Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu | TAK | NIE |
| Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego | TAK | NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………………………….**  **Miejscowość, data** | **………………………………………………………………………………………………**  **Podpis (pacjenta/przedstawiciela prawnego pacjenta/opiekuna faktycznego)** |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**(wypełnia pacjent/opiekun prawny pacjenta)**

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

|  |
| --- |
|  |

zamieszkały/a (adres zamieszkania):

|  |
| --- |
|  |

posiadający/a nr PESEL:

|  |
| --- |
| [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] |

W związku z przystąpieniem do projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”* realizowanego w ramach Programu PL07 *„Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”* współfinansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że:**

* **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo** w usłudze doradztwa indywidualnego z zakresu opieki długoterminowej**,** realizowanej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie w ramach projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”,*
* **wyrażam zgodę na przeprowadzenie w ramach usługi doradztwa indywidualnego badania lekarskiego oraz udzielenia niezbędnych świadczeń medycznych,**
* **zostałam/em poinformowana/y,** iż projekt współfinansowany jest ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego, w ramach programu PL07 *„Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno – epidemiologicznych”,*
* **zapoznałam/em się z regulaminem usług doradztwa indywidualnego, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów tego regulaminu,**
* **wyrażam zgodę** na publikację mojego wizerunku przez Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”.*

**Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:**

* + Administratorem Danych Osobowych jest Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa, z siedzibą w Krakowie, pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków,
  + gromadzone dane przetwarzane są w zbiorze danych pn. *Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*, który został zgłoszony do rejestracji prowadzonej przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych,
  + moje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu służącym ewaluacji, monitoringu i promocji Projektu pn*. Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo -Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*,
  + moje dane osobowe mogą być udostępniane organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także Ministerstwu Zdrowia i Krajowemu Punktowi Kontaktowemu oraz innym jednostkom pracującym na ich zlecenie,
  + podanie danych jest dobrowolne, odmowa ich podania nie jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

**Każdej osobie przysługuje prawo** do dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych zawartych w zbiorze (art. 32-35 Ustawy o ochronie danych osobowych).

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| miejscowość i data | czytelny podpis |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**(wypełnia opiekun pacjenta)**

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

|  |
| --- |
|  |

zamieszkały/a (adres zamieszkania):

|  |
| --- |
|  |

posiadający/a nr PESEL:

|  |
| --- |
| [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] |

W związku z przystąpieniem do projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”* realizowanego w ramach Programu PL07 *„Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych”* współfinansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że:**

* **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo** w usłudze doradztwa indywidualnego z zakresu opieki długoterminowej**,** realizowanej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie w ramach projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”,*
* **wyrażam zgodę na przeprowadzenie w ramach usługi doradztwa indywidualnego badania lekarskiego oraz udzielenia niezbędnych świadczeń medycznych,**
* **zostałam/em poinformowana/y,** iż projekt współfinansowany jest ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego, w ramach programu PL07 *„Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno – epidemiologicznych”,*
* **zapoznałam/em się z regulaminem usług doradztwa indywidualnego, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów tego regulaminu,**
* **wyrażam zgodę** na publikację mojego wizerunku przez Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu *„Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo–Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej”.*

**Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:**

* + Administratorem Danych Osobowych jest Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa, z siedzibą w Krakowie, pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków,
  + gromadzone dane przetwarzane są w zbiorze danych pn. *Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*, który został zgłoszony do rejestracji prowadzonej przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych,
  + moje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu służącym ewaluacji, monitoringu i promocji Projektu pn*. Przebudowa Pawilonu Nr 4 Zakładu Opiekuńczo -Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej*,
  + moje dane osobowe mogą być udostępniane organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także Ministerstwu Zdrowia i Krajowemu Punktowi Kontaktowemu oraz innym jednostkom pracującym na ich zlecenie,
  + podanie danych jest dobrowolne, odmowa ich podania nie jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

**Każdej osobie przysługuje prawo** do dostępu do swoich danych, prawo ich poprawiania oraz prawo do kontroli przetwarzanych danych osobowych zawartych w zbiorze (art. 32-35 Ustawy o ochronie danych osobowych).

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| miejscowość i data | czytelny podpis |

|  |
| --- |
| Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko): **DECYZJA JEDNOSTKI REALIZUJĄCEJ PROJEKT W ZAKRESIE ZAKWALIFIKOWANIA/NIEZAKWALIFIKOWANIA KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE W ZAKRESIE USŁUG DORADZTWA INDYWIDUALNEGO\*** |

***\*wypełnia Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie***

1. **Przebieg rekrutacji**

|  |
| --- |
| Data złożenia dokumentacji rekrutacyjnej………………………………………………………… |
| Braki w dokumentacji oraz data i sposób powiadomienia kandydata  o konieczności uzupełniania dokumentów: |
|  |
| Data złożenia uzupełnień………………………………………………………………………………….. |
| Uwagi: |
|  |

1. **Opinia w zakresie spełnienia/ niespełnienia kryteriów uczestnictwa   
   w projekcie**

Na podstawie oceny dokumentacji rekrutacyjnej potwierdzam, iż kandydat

…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**spełnia / nie spełnia\*** kryteria uczestnictwa w projekcie w zakresie usług doradztwa indywidualnego.

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

1. **Decyzja ZOL w Krakowie o zakwalifikowaniu/ niezakwalifikowaniu do udziału w projekcie w zakresie usług doradztwa indywidualnego**

Niniejszym stwierdzam, iż kandydat

…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**został zakwalifikowany/ nie został zakwalifikowany\*** do uczestnictwa   
w projekcie w zakresie usług doradztwa indywidualnego

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

**Numer wpisu do Rejestru pacjentów/opiekunów objętych doradztwem indywidualnym z zakresu opieki długoterminowej** (jeśli dotyczy)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| data | czytelny podpis I pieczęć osoby  przeprowadzającej rekrutację |

**\**skreślić niewłaściwe***

1. ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE [↑](#footnote-ref-1)
2. ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać dokumenty, których kopie uczestnik dołącza do formularza zgłoszeniowego [↑](#footnote-ref-3)
4. Kategorię chorób przewlekłych należy rozpatrywać w kontekście dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych i Światowej Organizacji Zdrowia. Za chorobę przewlekłą uznaje się chorobę, która:

   * jest chorobą długotrwałą i nie rokuje całkowitego wyleczenia,
   * stanowi zagrożenie epidemiologiczne – jest jedną z głównych przyczyn umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności   
     w Europie,
   * nie jest chorobą zakaźną.

   [↑](#footnote-ref-4)