**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

DO UDZIAŁU W USŁUGACH WYPOŻYCZANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO

W RAMACH WSPARCIA INDYWIDUALNEGO NAD PACJENTEM

***realizowanego 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 MF EOG i NMF 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 wypożyczania sprzętu medycznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PACJENT:** | | | |
| **IMIĘ:** | |  | |
| **NAZWISKO:** | |  | |
| **PESEL:** | | **[\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_] [\_]** | |
| **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)**  ***(jeśli jest ustanowiony należy dołączyć postanowienie sądu opiekuńczego o ustanowieniu opiekuna prawnego):*** | |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **DANE KONTAKTOWE:** | |
| Telefon kontaktowy: | e-mail: |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIEKUN FAKTYCZNY PACJENTA**  ***(należy wpisać jeśli 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 |

1. **Wnioskowane wsparcie**

Wnioskuję o wypożyczenie jednego z poniższych sprzętów medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Materac przeciwodleżynowy | TAK |
| Łóżko medyczne z materacem gąbkowym | TAK |
| Wózek kołowy | TAK |
| Balkonik | TAK |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |

Wnioskuję o transport[[5]](#footnote-5) ww. sprzętu pod wskazany adres tj.:

…………….……………………………………..……………………………………………..

(ulica, numer bloku/klatki, numer mieszkania)

………………………………………………….……………………………………..…………

(kod pocztowy i miejscowość)

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

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

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 we wsparciu w postaci usług wypożyczania sprzętu medycznego w ramach wsparcia indywidualnego nad pacjentem,** realizowanego 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”,*
* **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 wypożyczania sprzętu medycznego w ramach wsparcia indywidualnego nad pacjentem, 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:**

* 1. Administratorem Danych Osobowych jest Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa, z siedzibą w Krakowie, pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków,
  2. 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,
  3. 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*,
  4. 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,
  5. 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 |

|  |
| --- |
| **DECYZJA JEDNOSTKI REALIZUJĄCEJ PROJEKT W ZAKRESIE ZAKWALIFIKOWANIA/NIEZAKWALIFIKOWANIA KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE W ZAKRESIE USŁUG WYPOŻYCZANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO\*** |

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

1. **Przebieg kwalifikacji**

|  |
| --- |
| Data złożenia dokumentacji zgłoszeniowej……………………………………………………… |
| 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 zgłoszeniowej potwierdzam, iż kandydat

………………………………………………….………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**spełnia / nie spełnia\*** kryteria uczestnictwa w projekcie w zakresie usług wypożyczania sprzętu medycznego.

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

1. **Decyzja ZOL w Krakowie o zakwalifikowaniu/ niezakwalifikowaniu do udziału w projekcie w zakresie usług wypożyczania sprzętu medycznego**

Niniejszym stwierdzam, iż kandydat

…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

**został zakwalifikowany/ nie został zakwalifikowany\*** do uczestnictwa   
w projekcie w zakresie usług wypożyczania sprzętu medycznego

Uzasadnienie:

|  |
| --- |
|  |

**Numer wpisu do Rejestru pacjentów i/lub opiekunów zakwalifikowanych do wsparcia w zakresie usługi wypożyczania sprzętu** (jeśli dotyczy)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| (data) | (czytelny podpis i pieczęć osoby  przeprowadzającej kwalifikację) |

**\**zakreślić właściwe i* *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)
5. ZOL w Krakowie zapewniona bezpłatny transportu wypożyczanego sprzętu dla pacjentów, którzy mieszkają w odległości ponad 30 km od ZOL i/lub którzy nie dysponują możliwością przewozu wyposażenia. [↑](#footnote-ref-5)