Załącznik nr 1 do „Regulaminu rekrutacji i udziału w Dziennym Domu Opieki Medycznej prowadzonym w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w Dziennym Domu Opieki Medycznej prowadzonym w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia”.

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego do udziału w DDOM (wypełnia kadra projektu)		
Data wpływu formularza zgłoszeniowego	**Godzina**	**Numer rekrutacyjny**
Potwierdzam weryfikację tożsamości/ wieku/obywatelstwa Kandydatki/Kandydata na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości …….. podpis osoby przyjmującej formularz		

I CZĘŚĆ – DANE KANDYDATKI/KANDYDATA (wypełnić czytelnie w języku polskim, w miejscach wyboru zaznaczyć **X**)

I. PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE			
Imię:		**Nazwisko:**	
Płeć: (zaznacz „X”)	☐ **Kobieta** ☐ **Mężczyzna**	**Wiek** (w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego)	
Data urodzenia:		**Miejsce urodzenia:**	
PESEL:		☐ Brak PESEL	
Obywatelstwo:			
Numer telefonu:			
E-mail:			

II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
Województwo:		**Powiat:**	
Gmina:		**Miejscowość:**	
Ulica:		**Numer budynku/lokalu:**	
Kod pocztowy:		**Poczta:**	
Kraj:			

III. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania)**:**			
Województwo:		**Powiat:**	
Gmina:		**Miejscowość:**	
Ulica:		**Numer budynku/lokalu:**	
Kod pocztowy:		**Poczta:**	

IV. WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)

☐ **średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)**
(przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)
☐ **ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)**
(osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)
☐ **wyższe (ISCED 5-8)**
(osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)

V. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola **„X”)**

OSOBA BEZROBOTNA W TYM:	
- osoba długotrwale bezrobotna (w okresie dłuższym niż 12 miesięcy)	
- inne	
OSOBA BIERNA ZAWODOWO, W TYM:	

- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
- osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	
- inne	

OSOBA PRACUJĄCA, W TYM:	
☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
☐ osoba pracująca w administracji rządowej	☐ osoba pracująca na uczelni
☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]	☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
☐ osoba pracująca w MMŚP (w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	☐ Inne

VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOT. KANDYDATKI/ KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „**X**”)		
1. Osoba z niepełnosprawnością	☐ **TAK**	☐ **NIE** ☐ **ODMOWA PODANIA INFORMACJI**
2. Obywatel państwa trzeciego	☐ **TAK**	☐ **NIE**
3. Osoba obcego pochodzenia	☐ **TAK**	☐ **NIE**
4. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ **TAK**	☐ **NIE** ☐ **ODMOWA PODANIA INFORMACJI**
5. Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ **TAK**	☐ **NIE**

II CZĘŚĆ – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

VII. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)		
Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że:		
1. Jestem osobą zamieszkującą na obszarze miasta Łodzi.	☐ **TAK**	☐ **NIE**
2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (oświadczenie weryfikowane na podstawie oceny funkcjonowania wg skali Barthel).	☐ **TAK**	☐ **NIE**
3. Mam 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 2025 r. Nr 1461, t.j), (oświadczenie weryfikowane w systemie EWUŚ).	☐ **TAK**	☐ **NIE**
4. Jestem osobą (jedno z poniższych): a) bezpośrednio po przebytej hospitalizacji (oświadczenie weryfikowane na podstawie wypisu ze szpitala lub skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu); b) u której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (oświadczenie weryfikowane na podstawie wypisu ze szpitala lub skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu); c) u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie (oświadczenie weryfikowane na podstawie skierowania do DDOM wypełnianego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego);	☐ **TAK**	☐ **NIE**

d) której stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagam całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym (oświadczenie weryfikowane na podstawie skierowania do DDOM wypełnianego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego).		

VIII. KRYTERIA PREMIUJĄCE (Proszę zaznaczyć **X** jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)	
Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem:	
Kobietą	
Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z niepełnosprawnością intelektualną (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z chorobami psychicznymi (należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju rozumianymi zgodnie z ICD10 (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (należy przedłożyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)	
Osobą samotnie zamieszkującą	
W wieku powyżej 65 roku życia	

III CZĘŚĆ – SZCZEGÓLNE POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI

Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia w zakresie dostępności podczas udziału w Projekcie?

☐ Nie - nie potrzebuję dodatkowego wsparcia.

☐ Tak - proszę wskazać oczekiwane formy wsparcia poniżej:

……
……
……

Czy ma Pani/ Pan specjalne potrzeby żywieniowe? (należy wypełnić, jeśli dotyczy)

……
……
……

IV CZĘŚĆ – INFORMACJE O OPIEKUNIE FAKTYCZNYM (należy wypełnić, jeśli posiada Pani/Pan opiekuna faktycznego)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że moim opiekunem faktycznym jest Pani/ Pan:

……....., której/którego załączam do niniejszego formularza.

V CZĘŚĆ – OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że (proszę zaznaczyć „X" właściwą odpowiedź)

☐ nie korzystałam/ nie korzystałem i nie korzystam

☐ korzystałam/ korzystałem lub korzystam

z innych form wsparcia oferowanych w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia" tj. Klubu Seniora, Klubu Seniora Rzgowska (CZAS) lub wsparcia opiekunów faktycznych w postaci szkoleń grupowych i indywidualnych konsultacji psychologicznych.

……..… ……..……...……

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata

Pouczenie:

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego

Załącznik do formularza zgłoszeniowego:

1. Skierowanie do DDOM
2. Ocena funkcjonowania codziennego wg. skali Barthel
3. Deklaracja uczestnictwa
4. Dane i zgoda opiekuna faktycznego - kontakt
5. Oświadczenie opiekuna faktycznego - wsparcie towarzyszące Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
6. Zaświadczenie lekarskie (jeśli dotyczy)
7. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu z FE PŻ (jeśli dotyczy)