

## Regulamin uczestnictwa w projekcie

**Obowiązujący od 1 grudnia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku**

Regulamin określa warunki uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania.” współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

Oś Priorytetowa 7. *Włączenie społeczne,*

Działanie 7.2. *Usługi społeczne i zdrowotne,*

Poddziałanie 7.2.2. *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe.*

### §1

1. Projekt jest realizowany na podstawie umowy zawartej pomiędzy Stowarzyszeniem Medycyna Polska, a Zarządem Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań działającym jako Instytucja Zarządzająca Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.
2. Celem projektu jest ułatwienie w latach 2019-2021 dostępu minimum 1702 mieszkańcom Poznania niesamodzielnym i z niepełnosprawnościami i 8 osobom opuszczającym pieczę zastępczą do przystępnych cenowo, trwałych, wysokiej jakości usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym i w lokalnej społeczności, 100 osobom do usług opieki medycznej w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz 200 opiekunom faktycznym do wsparcia w zakresie świadczonej opieki.
3. Udział w projekcie jest bezpłatny.
4. Biuro projektu znajduje się w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 19 (2 piętro)
5. Projekt realizowany jest w partnerstwie.  
Partner wiodący:
  - Stowarzyszenie Medycyna Polska z siedzibą w Tarnowie 33-100, Plac Sobieskiego 2Partnerzy:
  - CenterMed Poznań Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu 61-807 Poznań św. Marcin 58/64.
  - Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” z siedzibą w Inowrocławiu 88-100, ul. Andrzeja 15.
  - Polski Komitet Pomocy Społecznej z siedzibą w Warszawie 00-490, ul. Wiejska 18/20.
  - Miasto Poznań, Plac Kolegiacki 17, 61-841 Poznań. Realizatorzy: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu oraz Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania.
6. Dane teleadresowe Partnerów znajdują się w załączniku nr 2.

### §2

Zakres wsparcia merytorycznego oferowanego w projekcie obejmuje:

#### **1. Zintegrowane Centrum Opieki, w ramach którego powstaną:**

**a. Dzienny Dom Opieki Medycznej** zgodnie ze standardem stanowiącym Załącznik 8.1 do Regulaminu Konkursu RPWP.07.02.02-IZ-00-30-002/18 w ramach którego jest realizowany niniejszy projekt – 100 osób.

## **b. Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych**

**Centrum Teleopieki** dla 850 osób niesamodzielnych/osób z niepełnosprawnością,

**Centrum Usług Domowych** dla 850 osób niesamodzielnych/osób z niepełnosprawnością, m.in. poradnictwo specjalistyczne/ specjalistyczne usługi opiekuńcze:

- wsparcie Opiekunów – wizyty domowe (wstępne, informacyjne, profilaktyczne, monitorujące) – wszyscy uczestnicy,
- fizjoterapeuta – minimum 150 osób,
- pielęgniarka – minimum 250 osób,
- psycholog- minimum 150 osób
- geriatra – minimum 110 osób
- prawnik – minimum 75 osób.

Partnerzy odpowiedzialni: CenterMed Poznań Sp. z o.o., Stowarzyszenie Medycyna Polska, Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”

## **2. Centrum Opieki Środowiskowej, którego celem będzie:**

a. uruchomienie kompletnych, zindywidualizowanych i dostosowanych do potrzeb osób niesamodzielnych usług opiekuńczych realizowanych w środowisko domowym – 500 osób,

b. uruchomienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych:

- fizjoterapeuta – 132 osoby,
- pielęgniarki – 140 osób,
- psycholog – 70 osób,
- logopeda – 6 osób.

c. szkolenie opiekunów osób niesamodzielnych- 160 opiekunów osób niesamodzielnych.

Partner odpowiedzialny: Polski Komitet Pomocy Społecznej

## **3. Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych:**

a. wsparcie opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych poprzez uruchomienie zindywidualizowanych szkoleń dostosowanych do potrzeb uczestników, a także wsparcie psychologa w środowisku domowym dla 200 opiekunów faktycznych,

b. uruchomienie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego – 150 osób niesamodzielnych,

Partner odpowiedzialny: Polski Komitet Pomocy Społecznej

## **4. Usługi asystenckie dla 150 osób z niepełnosprawnościami w tym Centrum Usamodzielniania dla 56 osób z niepełnosprawnościami.**

a. prowadzenie dziennego mieszkania wspomaganego wspieranego dla osób z niepełnosprawnością i osób niesamodzielnych objętych usługami asystenckimi – 56 osób

- usługi wspierające pobyt osób w mieszkaniu i usługi wspierające aktywność osób w mieszkaniu (w tym około i zostanie zrealizowanych 1800 godzin usług indywidualnych i 1800 godzin usług grupowych);

rodzaj i zakres świadczonych usług będzie dostosowany do indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami/osób niesamodzielnych

b. świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami w ich miejscu zamieszkania – 150 osób

•asystenci osób niepełnosprawnych – 10 osób,

•średnia liczba godzin pracy asystenta na rzecz 1 uczestnika projektu - 120 godzin.

Partner odpowiedzialny: Miasto Poznań/Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych UM

### **5. Mieszkania chronione treningowe – utworzenie i prowadzenie 2 mieszkań chronionych treningowych dla osób opuszczających pieczę zastępczą dla co najmniej 8 osób,**

a. prowadzenie mieszkań (2 mieszkania po 4 miejsca), (około 90m2 każde) dla pełnoletnich osób opuszczających pieczę zastępczą.

•usługi polegające na nauce, rozwijaniu lub utrwalaniu umiejętności w zakresie: samoobsługi, zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, efektywnego zarządzania czasem, prowadzenia gospodarstwa domowego, załatwiania spraw urzędowych, utrzymywania więzi rodzinnych, uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej, poszukiwania pracy.

Partner odpowiedzialny: Miasto Poznań/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie

## **§3**

Kryteria uczestnictwa:

1. Uczestnikiem projektu może być osoba zamieszkująca na terenie Poznania, która w dniu podpisania *Deklaracji uczestnictwa w projekcie* zgłasza dobrowolnie chęć udziału w nim oraz jest osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym w tym: osobą niesamodzielną i/lub osobą z niepełnosprawnością lub jest opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej i/lub osoby z niepełnosprawnością lub jest osobą opuszczającą pieczę zastępczą zgodnie z definicją zawartą w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*. Powyższe kryterium nie obejmuje uczestników Dziennego Domu Opieki Medycznej. Szczegółowe informacje dotyczące DDOM znajdują się w załączniku nr 1 do niniejszego regulaminu.
2. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020* to:
  - a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj.:
    - 1) ubóstwo;
    - 2) sieroctwo;
    - 3) bezdomność;
    - 4) bezrobocie;
    - 5) niepełnosprawność;

- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
  - 7) przemoc w rodzinie;
  - 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
  - 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
  - 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
  - 10) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
  - 11) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
  - 12) alkoholizm lub narkomania;
  - 13) zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa;
  - 14) klęski żywiołowe lub ekologiczne.
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969, z późn. zm.);
- e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);
- f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
- g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- l) osoby korzystające z PO PŻ.

3. Obszary wsparcia wymienione w § 2 kierowane są szczególnie do osób spełniających następujące kryteria uczestnictwa:

a. Obszar 1 – Zintegrowane Centrum Opieki

- 1a Dzienny Dom Opieki Medycznej:

-przyjęcie do DDOM nastąpi na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego, opartej na skali poziomu samodzielności (Barthela). Opieka udzielana będzie osobom, które otrzymały 40-65 pkt.

Do opieki będą kwalifikowani pacjenci: bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki, pacjenci u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12-mcy udzielone zostały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego,

- 1b) Centrum teleopieki i Centrum Usług Domowych
- Centrum teleopieki

-osoby samotne, tj. osoby mieszkające samotnie, osoby przebywające same przez znaczną część dnia oraz osoby nie utrzymujące kontaktów z innymi osobami mieszkającymi w obrębie tego samego mieszkania, np. osoby wynajmujące pokój, lub będące w stałym konflikcie i nie utrzymujące relacji),

-osoby niesamodzielne szczególnie ze względu na wiek,

-osoby z niepełnosprawnością

Kryteria uzupełniające: sprawność motoryczna wystarczająca do wykonywania i odbierania połączeń telefonicznych, słuch i mowa na poziomie umożliwiającym komunikację telefoniczną oraz pozostawanie w kontakcie logicznym z otoczeniem.

- Centrum Usług Domowych

-osoby samotne, tj. osoby mieszkające samotnie, osoby przebywające same przez znaczną część dnia oraz osoby nie utrzymujące kontaktów z innymi osobami mieszkającymi w obrębie tego samego mieszkania, np. osoby wynajmujące pokój, lub będące w stałym konflikcie i nie utrzymujące relacji),

-osoby niesamodzielne szczególnie ze względu na wiek,

-osoby z niepełnosprawnością

Kryteria uzupełniające: sprawność motoryczna wystarczająca do wykonywania i odbierania połączeń telefonicznych, słuch i mowa na poziomie umożliwiającym komunikację telefoniczną oraz pozostawanie w kontakcie logicznym z otoczeniem.

b. Obszar 2 – Centrum Opieki Środowiskowej

– osoby niesamodzielne,

– opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych.

c. Obszar 3 – Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych (szkolenie opiekunów faktycznych, wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego)

-opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych

-osoby niesamodzielne (dot. uruchomienia wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego).

d. Obszar 4 – Usługi asystenckie (w tym Centrum Usamodzielniania)

-osoby z niepełnosprawnością

e. Obszar 5 - Mieszkania chronione treningowe

-osoby opuszczające pieczę zastępczą.

Uczestnik projektu będzie mógł skorzystać tylko z jednego wybranego obszaru wsparcia w projekcie, z wyjątkami dopuszczonymi w projekcie.

## §4

### Zasady naboru:

1. Zgłoszenia kandydatów są przyjmowane osobiście lub telefonicznie w:
  - a. siedzibie Filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie właściwej ze względu na miejsce zamieszkiwania kandydata,
  - b. siedzibach Partnerów odpowiedzialnych za poszczególne obszary.
2. Zgłoszenia kandydatów do Dziennego Domu Opieki Medycznej przyjmowane są w siedzibie CenterMed Poznań Sp. z o.o., ul. św. Marcin 58/64, telefonicznie pod numerem +48 573-413-683 oraz mailowo: [biuro-poznan@centermed.pl](mailto:biuro-poznan@centermed.pl)
3. Kandydat do uczestnictwa po zapoznaniu się z niniejszym regulaminem przedkłada następujące dokumenty (do pobrania w lokalizacjach wskazanych w pkt. 1 lub do pobrania na stronach internetowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie pod adresem [www.mopr.poznan.pl](http://www.mopr.poznan.pl), Stowarzyszenia Medycyna Polska pod adresem [www.medycynapolska.org](http://www.medycynapolska.org) oraz CenterMed Poznań [www.centermed.pl](http://www.centermed.pl)).
  - a. karta zgłoszenia do projektu,
  - b. zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
  - c. formularz rekrutacyjny,
  - d. deklaracja uczestnictwa w projekcie,
  - e. orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy).w uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby przyjmującej zgłoszenie, kandydat przedkłada również:
  - f. dowód osobisty – do wglądu w celu potwierdzenia podstawowych danych osobowych,
  - g. inne zaświadczenia lub oświadczenia z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.Informacje o kryteriach przyjęcia do Dziennego Domu Opieki Medycznej znajdują się w załączniku nr 1 do niniejszego regulaminu.
4. O zakwalifikowaniu kandydata do udziału w projekcie decyduje spełnienie wymaganych kryteriów uczestnictwa określonych w §2 i §3.
5. Kwalifikacja uczestników jest prowadzona zgodnie z Planem rekrutacji stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu. O kolejności przyjęcia do projektu decyduje kolejność zgłoszeń, przy czym pierwszeństwo mają osoby spełniające następujące kryteria:
  - a. Preferowane do wsparcia są osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3, pkt. 15 *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa*, i/lub w przypadku możliwości objęcia wsparciem osób z niepełnosprawnościami, preferowane jest wsparcie adresowane do osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz do osób z zaburzeniami psychicznymi.
  - b. W przypadku realizacji usług opiekuńczych i asystenckich pierwszeństwo ponad wyżej wymienionymi przesłankami mają osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r.



- o pomocy społecznej, a także osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.
- c. Po wyżej wymienionych przesłankach pierwszeństwo mają także osoby, które w okresie 3 miesięcy od zgłoszenia chęci udziału w projekcie wyszły ze szpitala i niezwłocznie potrzebują pomocy w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych.
6. Kandydaci do uczestnictwa będący opiekunami faktycznymi są kierowani bezpośrednio do Partnera świadczącego w projekcie wsparcie dla opiekunów faktycznych. Partner kwalifikuje kandydatów do udziału w projekcie.
7. Kwalifikacja uczestników będących osobami niesamodzielnymi i/lub osobami z niepełnosprawnością jest prowadzona dwuetapowo:
- a. Wstępne rozpoznanie potrzeb kandydata do udziału w projekcie przeprowadza pracownik ds. wdrażania usług społecznych Filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie właściwej ze względu na miejsce zamieszkiwania kandydata, który jest pracownikiem pierwszego kontaktu. Pracownik ten weryfikuje kandydata pod względem spełnienia kryterium uczestnictwa, przeprowadza wywiad, pomaga kandydatowi w wyborze dopasowanego obszaru wsparcia w projekcie zgodnie z zasadą podmiotowości i pomocniczości.
- b. Pogłębioną diagnozę potrzeb kandydata do udziału w projekcie przeprowadza pracownik odpowiedniego Partnera realizującego wybrany obszar wsparcia.
8. Informacja na temat zakwalifikowania uczestnika do projektu wraz z informacją na temat miejsca i terminu rozpoczęcia realizacji działań jest przekazywana kandydatowi przez Partnera odpowiedzialnego za realizację wybranego obszaru wsparcia z wykorzystaniem danych teleadresowych przekazanych przez kandydata w formularzu rekrutacyjnym.
9. Liczba miejsc we wszystkich obszarach wsparcia jest ograniczona.

## §5

Rozpoczęcie uczestnictwa:

1. Za dzień rozpoczęcia udziału w projekcie przyjmuje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.
2. W związku z udziałem w projekcie uczestnik wraz z upoważnionym pracownikiem Partnera odpowiedzialnym za realizację wybranego obszaru wsparcia podpisuje opracowaną Indywidualną Ścieżkę Udziału w Projekcie.

## §6

Zakończenie uczestnictwa:

1. Zakończenie uczestnictwa w projekcie następuje z chwilą:
  - a. Zrealizowania wszystkich zaplanowanych działań zgodnie z opracowaną Indywidualną Ścieżką Udziału w Projekcie.
  - b. Przerwania uczestnictwa przed zrealizowaniem zaplanowanych działań w związku z:
    - rezygnacją z uczestnictwa,
    - skreśleniem z listy uczestników na zasadach określonych w pkt. 3.
2. Zamiar rezygnacji z uczestnictwa uczestnik zgłasza w formie pisemnej z 14-dniowym wyprzedzeniem. Zgłoszenie rezygnacji powinno być sporządzone z wykorzystaniem wzoru stanowiącego załącznik nr 8 do niniejszego regulaminu lub obejmować jako minimum następujące informacje:
  - a. imię i nazwisko uczestnika,

- b. PESEL uczestnika,
  - c. datę rezygnacji,
  - d. powód rezygnacji.
3. Uczestnik może zostać skreślony z listy uczestników w następujących przypadkach:
- a. niestosowania się do postanowień niniejszego regulaminu,
  - b. niestosowania się do szczegółowych zasad realizacji poszczególnych form wsparcia określonych przez Partnerów lub podwykonawców projektu
  - c. uczestnik przestał spełniać kryteria uczestnictwa określone w regulaminie.
4. Decyzję o skreśleniu z listy uczestników projektu podejmuje koordynator projektu na wniosek pracownika ds. wdrażania usług społecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie lub przedstawiciela Partnera odpowiedzialnego za realizację obszaru wsparcia, w którym bierze udział uczestnik lub z własnej inicjatywy po uzyskaniu informacji mogących być podstawą dla skreślenia i po odbyciu konsultacji z pracownikiem ds. wdrażania usług społecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie lub przedstawicielem Partnera odpowiedzialnego za realizację obszaru wsparcia, w którym bierze udział uczestnik.
5. Osoba, która zakończyła udział w projekcie składa oświadczenie uczestnika dot. swojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie.
6. Osoba, która zakończyła udział w projekcie ma prawo, na własny wniosek, otrzymać zaświadczenie potwierdzające fakt uczestnictwa w projekcie.

## §7

Zobowiązania realizatorów projektu:

1. Partner wiodący Stowarzyszenie Medycyna Polska zobowiązuje się do:
  - a. Prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym regulaminie.
  - b. Informowania uczestników o wszelkich faktach mogących utrudnić lub uniemożliwić im realizację zaplanowanych działań, w sytuacji gdy informacje takie nie zostałyby lub nie mogłyby zostać przekazane przez Partnera odpowiedzialnego za realizację danego obszaru wsparcia.
  - c. Przyjmowania i rozpatrywania uwag i skarg uczestników związanych z działaniami prowadzonymi przez Partnerów odpowiedzialnych za poszczególne obszary wsparcia.
2. Partnerzy odpowiedzialni za poszczególne obszary wsparcia zobowiązują się do:
  - a. Prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym regulaminie.
  - b. Opracowania dla każdego z uczestników Indywidualnej Ścieżki Udziału w Projekcie.
  - c. „Realizacji – we współpracy z uczestnikiem projektu – usług zaplanowanych w Indywidualnej Ścieżce Udziału w Projekcie”
  - d. Zapewnienia odpowiedniej kadry, bazy dydaktycznej oraz materiałów niezbędnych dla przeprowadzenia zaplanowanych działań.

## §8

Zobowiązania uczestników projektu:

1. Uczestnik zobowiązuje się do:
  - a. Realizacji działań określonych w Indywidualnej Ścieżce Udziału w Projekcie, o której mowa w §6.
  - b. Podpisywania w trakcie udziału w zajęciach realizowanych w ramach projektu list obecności, dzienników usług/zajęć, kart realizacji wsparcia i innych dokumentów wskazanych przez prowadzącego usługę/zajęcia.



- c. Wypełniania w trakcie udziału w usługach/zajęciach ankiet ewaluacyjnych i testów sprawdzających.
- d. Przystąpienia do egzaminów wewnętrznych lub zewnętrznych w ramach zajęć (jeżeli dotyczy).
- e. Bieżącego informowania Partnera odpowiedzialnego za prowadzenie usługi/zajęć w ramach danego obszaru wsparcia o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział uczestnika w projekcie.

## §9

### Postanowienia końcowe

1. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do zmian w niniejszym regulaminie, przy czym wszelkie zmiany wprowadzane będą w formie pisemnej. Informacje o ewentualnej zmianie regulaminu zostaną zamieszczone na stronie internetowej Stowarzyszenia Medycyna Polska pod adresem [www.medycynapolska.org](http://www.medycynapolska.org)
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.12.2019 r. i obowiązuje do 31.12.2021r.

### Załączniki

1. Załącznik nr 1 – Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu wraz z załącznikami.
2. Załącznik nr 2 – Lista adresowa.
3. Załącznik nr 3 – Plan rekrutacji.
4. Załącznik nr 4 – Wzór karty zgłoszenia do projektu.
5. Załącznik nr 5 – Wzór oświadczenia uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
6. Załącznik nr 6 – Wzór formularza rekrutacyjnego.
7. Załącznik nr 7 – Wzór deklaracji uczestnictwa.
8. Załącznik nr 8 – Wzór zgłoszenia rezygnacji z uczestnictwa.
9. Załącznik nr 9 – Wzór oświadczenia uczestnika dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie.
10. Załącznik nr 10 – Wzór karty udzielonego wsparcia uczestnika projektu.
11. Załącznik nr 11 – Informacja na temat obszarów wsparcia w projekcie.

## **Załącznik nr 1. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu**

### **§1 Definicje**

1. Beneficjent – Centermed Poznań Sp. z o.o. z siedzibą w 61-807 Poznaniu, ul. Św. Marcin 58/64;
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 Poznaniu jest prowadzony w ramach projektu „USŁUGI SPOŁECZNE I OPIEKA MEDYCZNA DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA” –w ramach konkursu RPWP.07.02.02-IZ.00-30-002/18 w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020.
4. Organizator – podmiot udzielający świadczenia w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej tj. Centermed Poznań 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 „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu”;
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 szpitalnym,
  - 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 łącznie następujące warunki:
    - a) Są pacjentami bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, bądź w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone im zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (weryfikacja na podstawie wypisu ze szpitala),
    - b) Ich stan zdrowia wskazuje na niesamodzielność (weryfikacja na podstawie oceny wg skali Barthel: 40-65 punktów),
    - c) 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),
    - d) 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),
    - e) 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 6 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, biurze projektu (ul. Grunwaldzka 19) oraz w Centermed Poznań sp. z o.o., 61-807 Poznań, ul. Św. Marcin 58/64;
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;
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. Centermed Poznań sp. z o.o.;
3. Dokumenty rekrutacyjne, o których mowa w par. 3 pkt. 3 należy składać w wersji papierowej w biurze projektu pod adresem Centermed Poznań sp. z o.o., 61-807 Poznań, ul. Św. Marcin 58/64 w celu zarejestrowania w kolejce oczekujących. Istnieje również możliwość przesłania dokumentów drogą pocztową z dopiskiem „Rekrutacja Dzienny Dom Opieki Medycznej”) oraz drogą mailową na adres [biuro-poznan@centermed.pl](mailto:biuro-poznan@centermed.pl);
4. Terminem złożenia dokumentów i ich rejestracji w kolejce oczekujących jest data ich wpływu;
5. Kryteriami decydującymi o zakwalifikowaniu Uczestnika do projektu są:

- a) Kryterium pierwszeństwa dla osób powyżej 65 r.ż – 1 pkt (weryfikacja dowodu tożsamości z numerem PESEL),
  - b) Kryterium formalne, tj. kompletność złożenia wypełnionych dokumentów (możliwość uzupełnienia braków w wyznaczonym terminie) (weryfikacja przez pracownika DDOM),
  - c) Kryterium kolejności zgłoszeń;
6. Lekarz Dziennego Domu Opieki Medycznej ma prawo wezwać pacjenta na wizytę kwalifikacyjną celem weryfikacji słuszności skierowania pacjenta do pobytu w DDOM;
  7. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji;
  8. O przyjęciu do projektu Uczestnicy projektu zostaną poinformowani drogą telefoniczną/mailową/pocztą tradycyjną na numer telefonu/mail/adres wskazany w formularzu zgłoszeniowym;
  9. 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);
  10. 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 Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 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. 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);
4. 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 Komitet 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;
5. 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;

6. Uczestnik Projektu może skorzystać ze świadczeń w okresie trwania projektu tj. 01.11.2019 do 31.12.2021 r.
7. 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;
8. 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);

### **§6 Postanowienia ogólne**

1. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie wchodzi w życie z dniem 01.12.2019 r.;
2. Sprawy nieuregulowane w Regulaminie rozstrzyga Prezes Zarządu Centermed Poznań sp. z o.o.

### **§7 Załączniki do regulaminu**

1. Załącznik nr I – Formularz zgłoszeniowy,
2. Załącznik nr II – Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej,
3. Załącznik nr III - 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 IV – Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej – ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel,
5. Załącznik nr V – Oświadczenie uczestnika projektu o przetwarzaniu danych osobowych,
6. Załącznik nr VI – Oświadczenie i zobowiązanie Rodziny/Opiekunów do współpracy w przygotowaniu Pacjenta do transportu.



**Załącznik nr I do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu – formularz zgłoszeniowy**

**Formularz zgłoszeniowy do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Poznaniu**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób

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

**Załącznik nr II do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu – skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej**

**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.**

Dodatkowe wskazania medyczne : Transport TAK/NIE

Uzasadnienie

Miejscowość, data

Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć

Podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia

Zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

**Załącznik nr III do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu – oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej oraz oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

**Ja .....** (imię i nazwisko)

Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania.” 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 IV do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu – karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej – ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ**

**Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel\***

Imię i nazwisko Świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

**Ocena Świadczeniobiorcy wg skali Barthel**

| Lp | Czynność**                                                                                                                                                                                                                                          | Wynik*** |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1  | Spożywanie posiłków:<br>0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść<br>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:<br>0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu<br>5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)<br>10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna<br>15 – samodzielny |          |
| 3  | Utrzymywanie higieny osobistej:<br>0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych<br>5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)                                                                      |          |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 4  | Korzystanie z toalety (WC)<br>0 – zależny<br>5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam<br>10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się                                                                                                     |  |
| 5  | Mycie, kąpiel całego ciała:<br>0 – zależny<br>5 – niezależny lub pod prysznicem                                                                                                                                                                                             |  |
| 6  | Poruszanie się po powierzchniach płaskich:<br>0 – nie porusza się lub < 50 m<br>5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m<br>10 – spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m<br>15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, itp. laski > 50 m |  |
| 7  | Wchodzenie i schodzenie po schodach:<br>0 – nie jest w stanie<br>5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie<br>10 – samodzielny                                                                                                                                 |  |
| 8  | Ubieranie się i rozbieranie:<br>0 – zależny<br>5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy<br>10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.                                                                                        |  |
| 9  | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:<br>0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw<br>5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 – panuje, utrzymuje stolec                                                                                     |  |
| 10 | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:<br>0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny<br>5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 – panuje, utrzymuje                                                               |  |
|    | <b>Wynik kwalifikacji****</b>                                                                                                                                                                                                                                               |  |

## WYNIK OCENY STANU ZDROWIA

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

.....

.....

.....

.....

Data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....

Data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

\*Mahoney FJ, Barthel D. „Badania funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med. Journal 1965, 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

\*\* W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedna z możliwości najlepiej opisującą stan Świadczeniobiorcy.

\*\*\* Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

\*\*\*\*Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp.1-10.

**Załącznik nr V do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu – oświadczenie uczestnika projektu o przetwarzaniu danych osobowych**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych

- w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: [inspektor.ochrony@umww.pl](mailto:inspektor.ochrony@umww.pl),

- w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).

3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:

a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);

d) 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).

5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) **RPWP.07.02.02-30-0065/18**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej **-Zarząd Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań** (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Stowarzyszenie Medycyna Polska Plac Sobieskiego 2, 33-100 Tarnów** (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu **Polski Komitet Pomocy Społecznej z siedzibą w Warszawie 00-490 ul. Wiejska 18/20, Komitet Pomocy Społecznej Wielkopolski Zarząd Wojewódzki w Poznaniu 60-830, ul. Krasińskiego 3/5, MIASTO POZNAŃ Cześnikowska 18, 60-330 Poznań, STOWARZYSZENIE WZAJEMNEJ POMOCY "FLANDRIA" Andrzeja 15, 88-100 Inowrocław, CENTERMED POZNAŃ SP. Z O.O. ul. ŚW. Marcin 58/64, 61-807 Poznań**. (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach WRPO 2014+.

7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy<sup>64</sup>.

10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.

11. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

<sup>64</sup> Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU \*

<sup>64</sup> Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**Załącznik nr VI do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Poznaniu – oświadczenie i zobowiązanie Rodziny/Opiekunów do współpracy w przygotowaniu Pacjenta do transportu.**

**OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE RODZINY DO WSPÓŁPRACY W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO TRANSPORTU**

Ja (imię i nazwisko).....jako  
rodzina/opiekun osoby.....  
(imię i nazwisko) ubiegającej się o przyjęcie do Dziennego Domu Opieki Medycznej 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.

## **Załącznik nr 2. Lista adresowa**

### **Lista adresowa**

#### **I. Partner wiodący – Stowarzyszenie Medycyna Polska**

1. Siedziba:

Plac Sobieskiego 2,  
33-100 Tarnów

2. Biuro Projektu

św. Marcin 58/64  
61-807 Poznań

Osoba do kontaktu:

Magdalena Lewica-Fanarakis

tel. 518302015, e-mail: [mfanarakis@medycynapolska.org](mailto:mfanarakis@medycynapolska.org)

#### **II. Partner - Miasto Poznań**

1. Siedziba:

Plac Kolegiacki 17,  
61-841 Poznań

2. Biuro Projektu:

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
ul. Cześnikowska 18,  
60-330 Poznań

Osoby do kontaktu:

Filia Grunwald

tel: 573-945-513

e-mail: [paulina\\_soinska@mopr.poznan.pl](mailto:paulina_soinska@mopr.poznan.pl)

Filia Jeżyce:

[tel :573-945-576](tel:573-945-576)

e-mail: [magdalena\\_milczynska@mopr.poznan.pl](mailto:magdalena_milczynska@mopr.poznan.pl)

Filia Nowe Miasto:

tel: 573-946-454

e-mail: [magdalena\\_bekalarek@mopr.poznan.pl](mailto:magdalena_bekalarek@mopr.poznan.pl)

Filia Stare Miasto:

tel: 573-945-560



e-mail: [anna\\_olejniczak@mopr.poznan.pl](mailto:anna_olejniczak@mopr.poznan.pl)

Filia Wilda:

Tel: 573-946-456

e-mail: [natalia\\_andrzejewska@mopr.poznan.pl](mailto:natalia_andrzejewska@mopr.poznan.pl)

### III. Partner – CenterMed Poznań Sp. z o.o.

1. Siedziba:  
św. Marcin 58/64  
61-807 Poznań
2. Biuro Projektu:  
św. Marcin 58/64  
61-807 Poznań  
Osoba do kontaktu:  
Monika Szelągiewicz  
tel. 660778480, e-mail: [mszelagiewicz@cenetermed.pl](mailto:mszelagiewicz@cenetermed.pl)

### IV. Partner - Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”

1. Siedziba:  
ul. Andrzeja 15  
88-100 Inowrocław
2. Biuro projektu:  
św. Marcin 58/64  
61-807 Poznań  
Osoba do kontaktu:  
Aleksandra Skrzypek  
tel. 664999886, e-mail: [a.skrzypek@flandria.pl](mailto:a.skrzypek@flandria.pl)

### V. Partner: Polski Komitet Pomocy Społecznej

1. Siedziba:  
ul. Wiejska 18/20  
00-490 Warszawa
2. Biuro projektu:  
ul. Z. Krasińskiego 3/5  
60-830 Poznań  
Osoba do kontaktu:  
Ewa Rzepka  
tel. (61) 8481176, e-mail: [pkps-poznan@wp.pl](mailto:pkps-poznan@wp.pl)

### Załącznik nr 3. Plan rekrutacji

Planowana liczba uczestników:

| Obszar wsparcia                                                                                                             | planowana liczba uczestników | w tym (nie mniej niż):      |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
|                                                                                                                             |                              | Osoby z niepełnosprawnością | Opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych |
| Obszar 1 – Zintegrowane Centrum Opieki<br>a. Dzienny Dom Opieki Medycznej<br>b. Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych | 100 osób<br>850 osób         | Min. 150                    | 0                                           |
| Obszar 2 - Centrum Opieki Środowiskowej                                                                                     | 592                          | -                           | -                                           |
| Obszar 3 – Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych                                                                           | 310                          | -                           | 200                                         |
| Obszar 4 – Usługi asystenckie (w tym Centrum Usamodzielniania)                                                              | 150                          | 150                         | -                                           |
| Obszar 5 – Mieszkania chronione treningowe                                                                                  | 8                            | -                           | -                                           |
| <b>RAZEM</b>                                                                                                                | <b>1935 osób</b>             | <b>ok. 300 osób</b>         | <b>200 osób</b>                             |

Terminy naboru:

|           |               | Obszar 1 – Zintegrowane Centrum Opieki |                                                   | Obszar 2 – Centrum Opieki Środowiskowej | Obszar 3 – Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych | Obszar 4 – Usługi asystenckie (w tym Centrum Usamodzielniania) | Obszar 5- Mieszkania chronione treningowe |
|-----------|---------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nr naboru | Termin naboru | a) Dzienny Dom Opieki Medycznej        | b) Centrum Teleopieki oraz Centrum Usług Domowych |                                         |                                                   |                                                                |                                           |
| 1         | wrz-19        |                                        |                                                   |                                         |                                                   |                                                                |                                           |
| 2         | paź-19        |                                        |                                                   |                                         |                                                   |                                                                |                                           |
| 3         | lis-19        | X                                      |                                                   | X                                       |                                                   |                                                                | X                                         |
| 4         | gru-19        | X                                      |                                                   | X                                       |                                                   |                                                                |                                           |
| 5         | sty-20        | X                                      | X                                                 | X                                       | X                                                 | X                                                              | X                                         |
| 6         | lut-20        | X                                      | X                                                 | X                                       | X                                                 | X                                                              |                                           |

|    |         |   |   |   |   |   |  |
|----|---------|---|---|---|---|---|--|
| 7  | mar-20  | X | X | X | X | X |  |
| 8  | kwi-20  | X | X | X | X | X |  |
| 9  | maj-20  | X | X | X | X | X |  |
| 10 | cze-20  | X | X | X | X | X |  |
| 11 | lip- 20 | X | X | X | X | X |  |
| 12 | sie-20  | X | X | X | X | X |  |
| 13 | wrz-20  | X | X | X | X | X |  |
| 14 | paź-20  | X | X | X | X | X |  |
| 15 | lis-20  | X | X | X | X | X |  |
| 16 | gru-20  | X | X | X | X | X |  |
| 17 | sty-21  | X | X | X | X | X |  |
| 18 | lut-21  | X | X | X | X | X |  |
| 19 | mar-21  | X | X | X | X | X |  |
| 20 | kwi-21  | X | X | X | X | X |  |
| 21 | maj-21  | X | X | X | X | X |  |
| 22 | cze-21  | X | X | X | X | X |  |
| 23 | lip-21  | X | X | X | X | X |  |
| 24 | sie-21  | X | X | X | X | X |  |
| 25 | wrz-21  | X | X | X | X | X |  |
| 26 | paz-21  | X | X | X | X | X |  |
| 27 | lis-21  | X | X | X | X |   |  |
| 28 | gru-21  | - | - | - | X |   |  |

**Załącznik nr 4. Wzór karty zgłoszenia do projektu**

**Karta zgłoszenia do projektu**

Ja, niżej podpisany (a) .....(imię i nazwisko),  
legitymujący się numerem PESEL .....

zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne i usługi medyczne dla mieszkańców Poznania.”, w obszarze dotyczącym (prosimy wybrać tylko jeden obszar):

☐

Obszar 1a – Zintegrowane Centrum Opieki (Dzienny Dom Opieki Medycznej)

☐

Obszar 1b – Zintegrowane Centrum Opieki (Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych)

☐

Obszar 2 – Centrum Opieki Środowiskowej

☐

Obszar 3 – Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych

☐

Obszar 4 – Usługi asystenckie (w tym Centrum Usamodzielniania)

☐

Obszar 5 – Mieszkania chronione treningowe

Jako:

☐

Osoba niesamodzielną

☐

Osoba z niepełnosprawnością

☐

Opiekun faktyczny

☐

Osoba opuszczająca pieczę zastępczą

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis kandydata

**Załącznik nr 5. Wzór oświadczenia uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych

- w ramach zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 – 2014-2020: Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: [inspektor.ochrony@umww.pl](mailto:inspektor.ochrony@umww.pl),

- w ramach zbioru Centralny system teleinformatyczny: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).

3. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:

a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);

2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

a) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.);

b) 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 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.);

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.);

d) 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 (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).

5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (nr Projektu) **RPWP.07.02.02-30-0065/18**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz w celu archiwizacji w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej **-Zarząd Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań** (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Stowarzyszenie Medycyna Polska Plac Sobieskiego 2, 33-100 Tarnów** (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu **Polski Komitet Pomocy Społecznej z siedzibą w Warszawie 00-490 ul. Wiejska 18/20, Komitet Pomocy Społecznej Wielkopolski Zarząd Wojewódzki w Poznaniu 60-830, ul. Krasińskiego 3/5, MIASTO POZNAŃ Cześnikowska 18, 60-330 Poznań, STOWARZYSZENIE WZAJEMNEJ POMOCY "FLANDRIA" Andrzeja 15, 88-100 Inowrocław, CENTERMED POZNAŃ SP. Z O.O. ul. ŚW. Marcin 58/64, 61-807 Poznań**. (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrolę i audyt w ramach WRPO 2014+.

7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy<sup>64</sup>.

10. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.

11. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

12. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

<sup>64</sup> Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU \*

<sup>64</sup> Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej mierzonej do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



**Załącznik nr 6. Wzór formularza rekrutacyjnego.**

**Formularz rekrutacyjny**

kandydata do uczestnictwa w projekcie  
„Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania.”

| Dane uczestnika                                             |                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię                                                        |                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                    |                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                       |                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie<br>(należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             | ISCED 4 Policealne                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             | ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             | ISCED 2 Gimnazjalne                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             | ISCED 1 Podstawowe                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             | ISCED 0 Brak                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Dane kontaktowe uczestnika |               |
|----------------------------|---------------|
| Województwo                | Wielkopolskie |
| Powiat                     | Miasto Poznań |
| Gmina                      | Miasto Poznań |
| Miejscowość                | Poznań        |
| Ulica                      |               |
| Nr budynku                 |               |
| Nr lokalu                  |               |
| Kod pocztowy               |               |
| Telefon kontaktowy         |               |
| Adres e-mail               |               |

## Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|-----|--|
| <b>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Tak |  | Nie |  |
| Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy lub raport z SEPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |  |     |  |
| <b>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tak |  | Nie |  |
| Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |  |     |  |
| <b>W tym długotrwale bezrobotny</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tak |  | Nie |  |
| Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku:<br>- Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).<br>- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.                                                                              |     |  |     |  |
| <b>Bierny zawodowo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tak |  | Nie |  |
| Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). |     |  |     |  |
| <b>W tym osoba ucząca się</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tak |  | Nie |  |
| <b>W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tak |  | Nie |  |
| <b>Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tak |  | Nie |  |
| Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |  |     |  |
| osoba pracująca w administracji rządowej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |  |     |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |  |     |  |
| Inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |  |     |  |
| osoba pracująca w MMŚP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |  |     |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |  |     |  |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |     |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |  |     |  |
| <b>Zatrudniony w:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |  |     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                           |  |
| <b>Wykonywany zawód:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                           |  |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                           |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                           |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                           |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                           |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                           |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                           |  |
| Rolnik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                           |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                           |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |  |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                           |  |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                           |  |
| Inny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                           |  |
| <b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                           |  |
| (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                           |  |
| <b>Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                           |  |
| Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. |  |                           |  |
| Tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Nie                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Odmowa podania informacji |  |
| <b>Obywatelstwo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                           |  |
| <b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |  |
| 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                           |  |
| 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                           |  |
| 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                           |  |
| 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                           |  |
| Tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Nie                       |  |

### Osoba z niepełnosprawnościami

Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.**

|                                            |  |     |  |                           |  |
|--------------------------------------------|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak                                        |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności |  |     |  | lekki                     |  |
|                                            |  |     |  | umiarkowany               |  |
|                                            |  |     |  | znaczny                   |  |
| Tak                                        |  | Nie |  |                           |  |

### Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.

(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)

|                                                                |  |     |  |                           |  |
|----------------------------------------------------------------|--|-----|--|---------------------------|--|
| Tak                                                            |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej |  |     |  |                           |  |
| Tak                                                            |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |

### Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestnictwa w projekcie

(np. potrzeba zorganizowania opieki nad osobą zależną, ograniczenia ruchowe związane niepełnosprawnością, itp.)

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych  
(należy wypełnić w dniu zgłoszenia do projektu)

.....

**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**      **CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\***

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

*Dane pracownik ds. wdrażania usług społecznych – wypełnia pracownik ds. wdrażania usług społecznych*

|                                            |              |                    |
|--------------------------------------------|--------------|--------------------|
| a. Imię (imiona):                          | b. Nazwisko: | c. Numer telefonu: |
|                                            |              |                    |
| d. Reprezentowana instytucja /filia MOPR/: |              | e. Adres e-mail:   |
|                                            |              |                    |
| f. numer uczestnika:                       | MOPR.        |                    |

*Dane pracownika Partnera - wypełnia pracownik Partnera*

|                                               |              |                    |
|-----------------------------------------------|--------------|--------------------|
| a. Imię (imiona):                             | b. Nazwisko: | c. Numer telefonu: |
|                                               |              |                    |
| d. Reprezentowana instytucja /nazwa Partnera/ |              | e. Adres e-mail:   |
|                                               |              |                    |
| f. numer uczestnika:                          |              |                    |

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/NIE KWALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie w ramach OBSZARU: .....

(\*) niewłaściwe wykreślić

.....

Miejscowość i data

podpis pracownika Partnera dokonującego kwalifikacji

**Załącznik nr 7. Wzór deklaracji uczestnictwa**

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Ja, niżej podpisany(a).....  
*imię i nazwisko*

PESEL: .....  
*nr PESEL*

deklaruję udział w projekcie pt. „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania.” realizowanym przez Stowarzyszenie Medycyna Polska wraz z Partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 7, Działanie 7.2, Poddziałanie 7.2.2. *Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe.*

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/a, że projekt „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania.” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Zapoznałem się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie i zobowiązuje się do ich przestrzegania
3. Przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/a odpowiedzialności, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu\*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**Załącznik nr 8. Wzór zgłoszenia rezygnacji z uczestnictwa.**

**Informacja o rezygnacji z uczestnictwa**

Ja, niżej podpisany(a).....  
*imię i nazwisko*

PESEL: .....  
*nr PESEL*

zgłaszam chęć rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania”.

Powód rezygnacji:

☐ Podjęcia pracy

☐ Rozpoczęcie prowadzenie działalności gospodarczej

☐ Inny (jaki?):

.....  
.....  
.....  
.....

Na potwierdzenie faktu podjęcia zatrudnienia lub rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej przedkładam:

☐ umowę o pracę

☐ umowę zlecenie

☐ umowę o dzieło

☐ wypis z CEIDG

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu



**Załącznik nr 9. Wzór oświadczenia uczestnika dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie**

**Oświadczenie uczestnika dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie**

| I. Dane uczestnika                                                     |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię                                                                   |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                                               |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                                                                  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć                                                                   | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie<br>(wypełnia realizator projektu) |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| II. Pytania dotyczące sytuacji po opuszczeniu projektu                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Proszę o zaznaczenie statusu na rynku pracy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie</b></p> | <p><input type="checkbox"/> Jestem pracujący/a tzn. (należy zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wykonuję pracę przynoszącą zarobek lub dochód</li> <li><input type="checkbox"/> Prowadzę działalność gospodarczą lub pomagam w rodzinnej działalności</li> <li><input type="checkbox"/> Prowadzę gospodarstwo rolne lub pomagam w rodzinnym gospodarstwie rolnym</li> <li><input type="checkbox"/> Odbynam praktykę zawodową przynoszącą zarobek lub dochód</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem w trakcie zakładania działalności gospodarczej</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem w trakcie zakładania gospodarstwa rolnego</li> <li><input type="checkbox"/> Przebywam na urlopie macierzyńskim / rodzicielskim</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Jestem bezrobotny/a tzn. jestem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako bezrobotny/a</li> <li><input type="checkbox"/> nie pracuję i nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy , ale poszukuję pracy i jestem gotowy/a do jej podjęcia</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Jestem bierna/y zawodowo tzn. nie mam pracy i jej nie poszukuję</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>2. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie poszukiwał/a Pan /Pani pracy lub był/a Pan/ Pani zarejestrowany/a w urzędzie jako poszukujący/a pracy?</p>                                                                                                                                                                                       | <p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>3. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie rozpoczął/ęła Pan/Pani naukę w szkole lub wziął/ęła udział w szkoleniu?</p>                                                                                                                                                                                                                      | <p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>4. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie uzyskał/a Pan/Pani, po zdanych egzaminie certyfikat/zaświadczenie potwierdzające uzyskanie kwalifikacji?</p> <p><i>tzn. w projekcie uczestniczył/a Pan/Pani w kursie/szkoleniu, które zakończyło się egzaminem i dopiero po zdaniu egzaminu otrzymał/a Pan/Pani certyfikat / świadectwo)</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p> |

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie na potrzeby monitorowania wskaźników rezultatu bezpośredniego projektu „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Poznania.”.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.

Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**Załącznik nr 10. Wzór karty udzielonego wsparcia uczestnika projektu.**

**Karta udzielonego wsparcia uczestnika projektu**

| Dane uczestnika             |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|
| Imię                        |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                    |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
| PESEL                       |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
| OBSZAR WSPARCIA             |                                            | <b>OBSZAR 1:</b> Zintegrowane Centrum Opieki (Dzienny Dom Opieki Medycznej)                |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            | <b>OBSZAR 1:</b> Zintegrowane Centrum Opieki (Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych) |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            | <b>Obszar 2:</b> Centrum Opieki Środowiskowej                                              |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            | <b>OBSZAR 3:</b> Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych                                    |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            | <b>OBSZAR 4:</b> Usługi Asystenckie (w tym Centrum Usamodzielniania)                       |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            | <b>OBSZAR 5:</b> Mieszkania chronione treningowe                                           |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
| RODZAJ UDZIELONEGO WSPARCIA |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
| NAZWA WSPARCIA              | DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU                   |                                                                                            |  |  |  | DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU |  |  |  |  |  |
|                             |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |
|                             |                                            |                                                                                            |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |

.....  
podpis pracownika Partnera prowadzącego kartę

**Załącznik nr 11. Informacja na temat obszarów wsparcia w projekcie.**

**Obszar 1 a – Zintegrowane Centrum Opieki – Dzienny Dom Opieki Medycznej**

**I. Na czym polegać będzie działanie.**

1. Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM) to jedna z form deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W Dziennym Domu Opieki Medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.
2. 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.
3. Świadczenia realizowane w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej skierowane są do osób niesamodzielnych, w tym głównie w wieku powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawienie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.
4. Dzienny Dom Opieki Medycznej ma siedzibę w Poznaniu, pod adresem 61-807 Poznań, ul. Św. Marcin 58/64 i prowadzony jest przez Centermed Poznań Sp. z o.o.; i funkcjonuje w okresie od 01 listopada 2019 r. do 31 grudnia 2021r.;
5. Czas pracy Dziennego Domu Opieki Medycznej: wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 16.00. Harmonogram dnia (na dany tydzień) znajdować się będzie na tablicy informacyjnej w DDOM.

**II. Czy to jest propozycja dla mnie?**

Przyjęcie do DDOM nastąpi na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego, opartej na skali poziomu samodzielności (Barthela). Opieka udzielana będzie osobom, które otrzymały 40-65 pkt. Do opieki będą kwalifikowani pacjenci: bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki, pacjenci u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12-mcy udzielone zostały świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

**III. Na jakie wsparcie mogę liczyć?**

W ramach projektu realizowane są następujące świadczenia medyczne połączone z kontynuacją terapii i procesem usprawniania, w tym: **terapia pielęgniarska** (poprawa stanu ogólnego pacjenta oraz podnoszenie świadomości zdrowotnej pacjenta i opiekunów przez wykonywanie zabiegów, czynności pielęgnacyjnych, pomoc w czynnościach dnia codziennego, nadzór nad przestrzeganiem zaleceń dotyczących diety, stosowanych leków, edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji), **terapia rehabilitacyjna i fizjoterapeutyczna** – podniesienie sprawności ruchowej i aktywności pacjenta, łagodzenie dolegliwości bólowych, obniżenie napięcia mięśniowego, odprężenia, **terapia psychologiczna** – poprawa stanu psychicznego pacjenta, zmniejszenie nieprawidłowych reakcji, pomoc w rozwiązywaniu problemów, **terapia logopedyczna** – poprawa narządu mowy, w

szczegółności u pacjentów po udarach mózgu poprzez ćwiczenia, **terapia zajęciowa** - usprawnienie manualne, pobudzenie kreatywności, poprawa pamięci, samopoczucia i oceny właściwych wartości, funkcjonowania w grupie, **doradztwo** - stosowanie właściwej diety, łączenia i przyjmowania leków, dobór odpowiednich wyrobów medycznych. Pacjenci przebywający w Dziennym Domu Opieki Medycznej mają zapewnione odpowiednio do stanu zdrowia wyżywienie (śniadanie, obiad dwudaniowy oraz herbatę, kawę i drobne przekąski).

#### IV. Czy będę musiał dojeżdżać?

Tak, ponieważ usługi w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej świadczone są przez CenterMed Poznań Sp. z o.o., ul. św. Marcin 58/64, 61-807 Poznań. Dla części pacjentów Organizator może zapewnić transport. 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).

**Liczba miejsc ograniczona.**

#### **Partner realizujący:**

CenterMed Poznań Sp. z o.o

#### **Więcej informacji na stronie internetowej:**

[https://centermed.pl/inwestycja/3,DDOM\\_CenterMed\\_Poznan](https://centermed.pl/inwestycja/3,DDOM_CenterMed_Poznan)

## Obszar 1 b– Zintegrowane Centrum Opieki – Centrum teleopieki i Centrum usług domowych

### I. Na czym polegać będzie usługa teleopieki:

Otrzymaś urządzenie nadawczo-odbiorcze wyposażone w kartę SIM, z wykupionym abonamentem na czas trwania projektu zapewniającym bezpłatne połączenia z telecentrum, gdzie w trybie 24h/7dni będą dyżurowali przeszkoleni teleopiekunowie oraz mobilny guzik bezpieczeństwa (tzw. „czerwony guzik”) w postaci wisiorka/ bransoletki, który można mieć stale przy sobie (również w kąpiele). Każdy z podopiecznych centrum teleopieki posiada indywidualną kartę informacyjną przygotowaną przez Opiekuna, dzięki czemu żadne zgłoszenie nie będzie anonimowe. Karta informacyjna zawiera dane o ogólnym stanie zdrowia, zażywanych lekach, ale także kontakt do osoby, która posiada klucze do domu, którą należy powiadomić w razie sytuacji nagłej.

Jeżeli będziesz się czuł, że zagrożone jest Twoje zdrowie lub życie naciśniesz guzik w celu połączenia się z teleopiekunem, którego zadaniem będzie ocena sytuacji i odpowiednia reakcja pomocowa np. wezwanie członka rodziny lub sąsiada posiadającego klucz do mieszkania, wezwanie służb medycznych lub innych i udzielenie im kompleksowych informacji o seniorze na podstawie danych zawartych w systemie. Ponadto w celu podniesienia jakości relacji teleopiekunowie przeprowadzać będą również z Tobą minimum 1 raz w tygodniu rozmowy o charakterze kontrolnym, towarzyskim. Będziesz miał również możliwość nielimitowanego codziennego kontaktu z pracownikami telecentrum, podejmowanego z własnej inicjatywy (naciskając tzw. „zielony guzik”).

### II. Na jakie wsparcie mogę jeszcze liczyć?

W ramach ZCO poza usługą teleopieki możesz otrzymać również wsparcie Centrum Usług Domowych obejmujących pomoc Opiekuna dla osób niesamodzielnych szczególnie ze względu na wiek i/lub z niepełnosprawnością, która może być uzupełniona poprzez:

- pomoc wolontariuszy i pomoc sąsiedzka,
- wsparcie specjalistyczne: konsultacje, poradnictwo, interwencje kryzysowe pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, lekarza geriatry,
- wsparcie prawnika - poradnictwo prawne, analiza spraw, opracowanie niezbędnej dokumentacji.

### III. Czy to jest propozycja dla mnie?

Tak – jeżeli jesteś osobą niesamodzielną szczególnie ze względu na wiek, jeżeli mieszkasz samotnie lub przebywasz okresowo samotnie w domu, a ze względu na stan zdrowia wymagasz stałego nadzoru np.: jesteś po incydentach kardiologicznych, neurologicznych, masz zdiagnozowaną cukrzycę, zdarzają Ci się upadki.

**Liczba miejsc ograniczona.**

**Partnerzy realizujący:**

Stowarzyszenie Medycyna Polska

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Flandria

Więcej informacji na stronie internetowej: [www.medycynapolska.org/uslugi-spoleczne/](http://www.medycynapolska.org/uslugi-spoleczne/)

## Obszar 2 – Centrum Opieki Środowiskowej

### I. Na czym polegać będzie usługa.

Centrum Opieki Środowiskowej zapewni osobom niesamodzielnym pomoc w formie usług opiekuńczych, a w razie uzasadnionej potrzeby uzupełni je o specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w 4 obszarach:

1. Zaspakajanie podstawowych potrzeb życiowych
2. Opieka higieniczna
3. Zalecana przez lekarza pielęgnacja
4. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem

Specjalistyczne usługi opiekuńcze obejmują pomoc w formie:

1. Usług pielęgniarstwa
2. Rehabilitacji fizycznej
3. Wsparcia psychologicznego
4. Wsparcia logopedycznego

### II. Czy to jest propozycja dla mnie?

Tak, – jeżeli jesteś osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

### III. Na jakie wsparcie mogę liczyć?

Jeżeli jesteś osobą niesamodzielną możesz uzyskać wsparcie w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Do projektu skieruje Cię pracownik sieci wsparcia społecznego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu.

Ponadto usługi te w razie uzasadnionej potrzeby mogą być uzupełnione o specjalistyczne usługi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne, psychologiczne i logopedyczne.

### IV. Czy będę musiał dojeżdżać?

Nie, ponieważ usługi opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania osoby objętej pomocą.

**Liczba miejsc ograniczona.**

**Partner realizujący:**

Polski Komitet Pomocy Społecznej



## **Obszar 3 - Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych – szkolenie opiekunów faktycznych, wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego**

### **I. Na czym polegać będzie usługa.**

1. Opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych otrzymają wsparcie poprzez kształcenie i poradnictwo indywidualne. Będą mogli uczestniczyć w szkoleniach, które wyposażą ich w umiejętności praktyczne w zakresie pielęgnacji osób niesamodzielnych oraz wiedzę na temat własnego bezpieczeństwa podczas opieki nad osobami zależnymi.
2. Uruchomiona zostanie bezpłatna wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego, której celem będzie poprawa codziennego funkcjonowania osób niesamodzielnych w obrębie mieszkania i poza nim.

### **II. Czy to jest propozycja dla mnie?**

1. Tak, – jeżeli jesteś opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej
2. Tak, – jeżeli jest osobą niesamodzielną i korzystasz z pomocy w formie usług opiekuńczych

### **III. Na jakie wsparcie mogę liczyć?**

1. Jeżeli jesteś opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej możesz zostać przeszkolony w miejscu sprawowania opieki nad osobą zależną w zakresie metod przemieszczania chorych oraz prawidłowej pielęgnacji oraz możesz uzyskać wsparcie psychologiczne.
2. Jeżeli jesteś osobą niesamodzielną i korzystasz z pomocy w formie usług opiekuńczych możesz bezpłatnie w okresie od 01.01.2020 r. do 31.12.2021 r. wypożyczyć jeden z poniższych sprzętów rehabilitacyjnych:
  - łóżko rehabilitacyjne elektryczne sterowane pilotem wraz z materacem i stolikiem przyłóżkowym
  - wózek inwalidzki
  - balkonik przestawny
  - chodzik trójkołowy
  - chodzik czterołowy
  - kule łokciowe
  - materac przeciwodleżynowy
  - krzesło toaletowe – od kwietnia 2020 r.
  - wózek toaletowy – od kwietnia 2020 r.

### **IV. Czy będę musiał dojeżdżać?**

1. Nie, ponieważ szkolenia dla opiekunów faktycznych będą przeprowadzane w miejscu sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną.
2. Tak, Wypożyczalnia Sprzętu Rehabilitacyjnego znajduje się w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 24/26.

**Liczba miejsc oraz sprzętu rehabilitacyjnego ograniczona.**

### **Partner realizujący:**

Polski Komitet Pomocy Społecznej

## Obszar 4 – Usługi asystenckie (w tym Centrum Usamodzielniania)

### I. Czy to jest propozycja dla mnie?

Tak – jeżeli jesteś osobą z niepełnosprawnością w tym z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi

### II. Na jakie wsparcie mogę liczyć?

Oferowane przez nas wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest zindywidualizowane i dostosowane do każdej osoby. Wspólnie ustalimy plan działania i zakres czasowy, jaki zajmie nam realizacja poszczególnych jego etapów.

### III. Gdzie będę musiał dojeżdżać?

Usługi asystenckie będą realizowane w miejscu zamieszkania oraz w innych miejscach na terenie Poznania, zgodnie z potrzebami osoby z niepełnosprawnością.

Usługi Centrum Usamodzielniania będą realizowane w ramach dziennego mieszkania wspomaganego znajdującego się na terenie Poznania, Centrum Usamodzielniania będzie prowadzone przez organizację pozarządową wybraną w otwartym konkursie ofert, w związku z tym adres Centrum będzie znany po wyborze organizacji je prowadzącej

### IV. Na czym będzie polegać wsparcie asystenckie i usługi w Centrum Usamodzielniania?

Przez usługi asystenckie rozumie się świadczenie osobistej pomocy przez asystenta w wykonywaniu czynności, których nie jest ona w stanie zrealizować samodzielnie. Jego zadaniem jest także pomoc osobom z niepełnosprawnością w wykonaniu podjętych już przez nich działań oraz inspirowanie i zachęcanie do aktywności, doradzanie, wsparcie psychiczne i emocjonalne. Asystent ma być towarzyszem w nawiązywaniu nowych relacji społecznych, motywacją do aktywnego korzystania z ról życia osobistego, społecznego i zawodowego.

Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, a jedynie pomoc, bądź wspomaganie jej w realizacji osobistych zamierzeń. Praca asystenta polega na wykonaniu ściśle określonych zadań, przy czym nie są to zadania typowo opiekuńcze. Asystent nie wyręcza podopiecznego w jego obowiązkach, ale wspiera bądź wskazuje rozwiązania problemu, pozwala osobom objętym opieką asystencką na rozwój umiejętności w sferze samorealizacji czy szeroko rozumianej samodzielności, przy czym jednocześnie nie izoluje podopiecznego od jego środowiska i nie stwarza zagrożenia jego alienacji.

Centrum Usamodzielniania to forma dziennego mieszkania wspomaganego treningowego dedykowana dla osób z niepełnosprawnością (w tym z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami psychicznymi) i niesamodzielnych. Pobyt w Centrum będzie trwał średnio 3 miesiące dla jednego uczestnika. Uczestnikiem może zostać osoba, która wcześniej została objęta usługami asystenckimi. W mieszkaniu jednocześnie będzie mogło przebywać siedmioro uczestników. W ramach Centrum będą podejmowane działania na rzecz uczestników polegające na wsparciu w postaci zapewnienia pobytu oraz świadczeniu usług wspierających aktywności uczestników.

### V. Jak będzie przebiegało wsparcie?

Punktem wyjścia jest wspólne ustalenie zakresu wsparcia pomiędzy Uczestnikiem, a asystentem.

**Liczba miejsc ograniczona.**

**Partner realizujący:** Miasto Poznań/Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych UM

## Obszar 5 – Mieszkania chronione treningowe

### I. Czy jest to propozycja dla mnie?

Tak – jeżeli jesteś osobą opuszczającą rodziną czy instytucjonalną pieczę zastępczą

### II. Na jakie wsparcie mogę liczyć?

Wsparcie oferowane poprzez zapewnienie miejsca w mieszkaniu chronionym treningowym będzie polegało na:

- a. zapewnieniu warunków do nauki i wypoczynku
- b. pomocy ze strony osób opiekujących się mieszkaniem chronionym w załatwianiu spraw urzędowych (początkowo wspólne wizyty w urzędach)
- c. pomocy w gospodarowaniu posiadanym budżetem
- d. uzyskaniu informacji o kursach i szkoleniach dotyczących wzmacniania poczucia własnej wartości, samoprezentacji, nauki gotowania
- e. pomocy w wypełnianiu wniosków o przyznanie mieszkania socjalnego oraz monitorowaniu wraz z opiekunem mieszkania etapu rozpatrywania wniosku
- f. wsparcia w poszukiwaniu pracy - początkowo wspólne wyszukiwanie ofert, wizyta w Urzędzie Pracy
- g. monitorowaniu procesu edukacji i poszukiwaniu rozwiązań w sytuacji wystąpienia problemu
- h. pomocy w osiągnięciu życiowej zaradności i odpowiedzialności za własne postępowanie
- i. uzyskaniu informacji o projektach kierowanych do pełnoletnich wychowanków pieczy zastępczej
- j. wsparciu przez opiekunów mieszkania realizacji kontaktów społecznych, utrzymywania więzi rodzinnych oraz uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej
- k. pomocy w uzyskaniu świadczenia na kontynuowanie nauki lub pomocy z Filii MOPR (pomoc finansowa, ubezpieczenie zdrowotne)

### III. Gdzie będę musiał dojeżdżać?

Wsparcie będzie udzielane w dwóch mieszkaniach chronionych treningowych zlokalizowanych w Poznaniu na os. Orła Białego oraz ul. Królewny Śnieżki.

### IV. Jak będzie przebiegało wsparcie?

Wsparcie będzie realizowane na podstawie uzgodnień dotyczących korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym pomiędzy opiekunem mieszkania chronionego a Uczestnikiem.

**Liczba miejsc ograniczona.**

**Partner realizujący:** Miasto Poznań/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu