

## Regulamin uczestnictwa w projekcie

Obowiązujący od 1 sierpnia 2020 roku do 28 lutego 2023 roku

Regulamin określa warunki uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Wielkopolski” 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 Wzajemnej Pomocy „Flandria”, 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 400 mieszkańcom Wielkopolski z powiatu poznańskiego (7 gmin: Buk, Stęszew, Kleszczewo, Kórnik, Mosina, Dopiewo, Suchy Las, Kostrzyn) niesamodzielnym i z niepełnosprawnościami oraz osobom zamieszkujących tereny wiejskie 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 100 opiekunom faktycznym do wsparcia w zakresie świadczonej opieki.
3. Udział w projekcie jest bezpłatny.
4. Projekt realizowany jest w partnerstwie.  
Partner wiodący:
  - Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” z siedzibą w Inowrocławiu 88-100, ul. Andrzeja 15Partnerzy:
  - CenterMed Poznań Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu 61-807 Poznań św. Marcin 58/64.
  - Stowarzyszenie Medycyna Polska z siedzibą w Tarnowie 33-100, Plac Sobieskiego 2
5. Dane teleadresowe Partnerów znajdują się w załączniku nr 2.

## §2

Zakres wsparcia merytorycznego oferowanego w projekcie obejmuje:

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

**a. Dzienny Dom Opieki Medycznej** zgodnie ze standardem stanowiącym Załącznik 8.1 do Regulaminu Konkursu RPWP.07.02.02-IZ-00-30-001/19 w ramach, którego jest realizowany niniejszy projekt – 100 osób.

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

**Centrum Teleopieki** dla 400 osób potrzebujących wsparcia w codziennych czynnościach/osób z niepełnosprawnością,

**Centrum Usług Domowych** dla 400 osób potrzebujących wsparcia w codziennych czynnościach/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

Partnerzy odpowiedzialni: Stowarzyszenie Medycyna Polska, Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”

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

a. wsparcie opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych poprzez uruchomienie zindywidualizowanych szkoleń (fizjoterapeuta, psycholog, pielęgniarka) dostosowanych do potrzeb uczestników dla 100 opiekunów faktycznych,

Partner odpowiedzialny: Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”

## §3

Kryteria uczestnictwa:

1. Uczestnikiem projektu może być osoba zamieszkująca na terenie jednej z 7 gmin z powiatu poznańskiego (Buk, Stęszew, Kleszczewo, Kórnik, Mosina, Dopiewo, Suchy Las, Kostrzyn), 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 potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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 (Barthel). 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 m-cy 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 potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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 potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu szczególnie ze względu na wiek,
- osoby z niepełnosprawnością.

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

- Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych (szkolenie opiekunów faktycznych)

- opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych

#### §4

Zasady naboru:

1. Zgłoszenia kandydatów są przyjmowane osobiście lub telefonicznie w:
    - a. siedzibach Partnerów odpowiedzialnych za poszczególne obszary.
  2. Zgłoszenia kandydatów do Dziennego Domu Opieki Medycznej przyjmowane są w Siedziba Dziennego Domu Opieki Medycznej w Dąbrowie – ul. Innowatorów 8 , 62-070 Dąbrowa, telefonicznie pod numerem +48 798 852 835 oraz mailowo: [awilkolek@centermed-poznan.pl](mailto:awilkolek@centermed-poznan.pl)
    - a. 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 Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” pod adresem [https://pomagamy.flandria.pl/projects\\_\\_trashed/uslugi-spoleczne-i-opieka-medyczna-dla-mieszkanow-wielkopolski/](https://pomagamy.flandria.pl/projects__trashed/uslugi-spoleczne-i-opieka-medyczna-dla-mieszkanow-wielkopolski/))
      - b. karta zgłoszenia do projektu,
      - c. zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
      - d. formularz rekrutacyjny,
      - e. deklaracja uczestnictwa w projekcie,
      - f. orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy),
      - g. oświadczenie, iż kandydat jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- w uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby przyjmującej zgłoszenie, kandydat przedkłada również:
- h. dowód osobisty – do wglądu w celu potwierdzenia podstawowych danych osobowych,
  - i. 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.

3. O zakwalifikowaniu kandydata do udziału w projekcie decyduje spełnienie wymaganych kryteriów uczestnictwa określonych w §2 i §3.
4. 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 potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, 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.
5. 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.
6. Kwalifikacja uczestników będących osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i/lub osobami z niepełnosprawnością jest prowadzona następująco: wstępne rozpoznanie jak i pogłębioną diagnozę potrzeb kandydata do udziału w projekcie przeprowadza pracownik odpowiedniego Partnera realizującego wybrany obszar wsparcia.
7. 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 lub osobiście.
8. 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 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 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 Wzajemnej Pomocy „Flandria 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 Wzajemnej





Pomocy „Flandria” pod adresem [https://pomagamy.flandria.pl/projects\\_\\_trashed/uslugi-spoleczne-i-opieka-medyczna-dla-mieszkanow-wielkopolski/](https://pomagamy.flandria.pl/projects__trashed/uslugi-spoleczne-i-opieka-medyczna-dla-mieszkanow-wielkopolski/).

2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.08.2020 r. i obowiązuje do 28.02.2023r.

### 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 Poznaniu – ul. Św. Marcin 58/64, 61-807 Poznań, siedziba DDOM- ul. Innowatorów 8, 62-070 Dąbrowa
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 WIELKOPOLSKI” –w ramach konkursu RPWP.07.02.02-IZ.00-30-001/19 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 Dąbrowie;
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 potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, 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 oraz w siedzibie DDOM w Dąbrowie ul. Innowatorów 8 , 62-070 Dąbrowa;
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 Dniennego 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 15 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., z siedzibą w Poznaniu – ul. Św. Marcin 58/64, 61-807 Poznań, siedziba DDOM- ul. Innowatorów 8, 62-070 Dąbrowa
3. Dokumenty rekrutacyjne, o których mowa w par. 3 pkt. 3 należy składać w wersji papierowej w pod adresem: Centermed Poznań Sp. z o.o. Dzienny Dom Opieki Medycznej ul. Innowatorów 8 , 62-070 Dąbrowa; 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 [awilkolek@centermed-poznan.pl](mailto:awilkolek@centermed-poznan.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. 01.08.2020 do 28.02.2023 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 01.08.2020r.;
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 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Dąbrowie – formularz zgłoszeniowy**

**Formularz zgłoszeniowy do dziennego domu opieki medycznej w Dąbrowie**

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 potwierdzającego tożsamość 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 kontaktowego telefonu	





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.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis kandydata*



**Załącznik nr II do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Dąbrowie – 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 Dąbrowie – 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**

**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 Wielkopolski” 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.).

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis pacjenta*

**Załącznik nr IV do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Dąbrowie – 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: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp.lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	



4	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam  10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10 – spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m  15 – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, itp.laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 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 FI, 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 Dąbrowie – 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 Wielkopolski**” 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 2013r. 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 **RPWP.07.02.02-30-0004/19**, 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 WZAJEMNEJ POMOCY "FLANDRIA" Andrzeja 15, 88-100 Inowrocław** (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu **Stowarzyszenie Medycyna Polska Plac Sobieskiego 2, 33-100 Tarnów, 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 kontrole 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. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis Uczestnika Projektu\**

**Załącznik nr VI do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Dzienny Dom Opieki Medycznej w Dąbrowie – 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.

.....  
*Miejscowość, Data*

.....  
*Czytelny podpis osoby z rodziny/opiekuna  
Ubiegającego się o przyjęcie do  
Dziennego Domu Opieki Medycznej*



## **Załącznik nr 2. Lista adresowa**

### **Lista adresowa**

#### **I. Partner wiodący –**

##### **1. Siedziba:**

ul. Andrzeja 15,  
88-100 Inowrocław

##### **2. Zintegrowane Centrum Opieki**

(Centrum Usług Domowych i Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych)

BUK

ul. Mury 8  
piętro I  
64-320 Buk

KÓRNIK

ul. Poznańska 34A  
62-035 Kórnik  
Siedziba OPS Kórnik

STĘSZEW

ul. Poznańska 11  
62-060 Stęszew  
Siedziba Urzędu Miasta i Gminy

DOPIEWO

ul. Konarzewska 12  
62-070 Dopiewo  
Siedziba OPS Dopiewo

SUCHY LAS

ul. Poziomkowa 11  
62-002 Suchy Las

KLESZCZEWO

ul. Poznańska 2  
63-005 Kleszczewo



Gminny Ośrodek Kultury i Sportu

Osoba do kontaktu:

BEATA GŁOŻYŃSKA – Specjalista ds. usług domowych – tel. 502 215 531

e-mail: [b.glozynska@flandria.pl](mailto:b.glozynska@flandria.pl)

OLGA SZÓSTAK – Specjalista ds. wsparcia opiekunów faktycznych – tel. 797 526 129

e-mail: [o.szostak@flandria.pl](mailto:o.szostak@flandria.pl)

## II. Partner - Stowarzyszenie Medycyna Polska

1. Siedziba:

Plac Sobieskiego 2,  
33-100 Tarnów

2. Zintegrowane Centrum Opieki

(Centrum Teleopieki)

ul. Garncarska 9

61-817 Poznań

Osoba do kontaktu:

PATRYCJA BASIŃSKA - Specjalista ds. teleopieki – tel. 661 475 786

e-mail: [pbasinska@medycynapolska.org](mailto:pbasinska@medycynapolska.org)

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

1. Siedziba:

św. Marcin 58/64  
61-807 Poznań

3. Zintegrowane Centrum Opieki

(Dzienny Dom Opieki Medycznej)

ul. Innowatorów 8

62-070 Dąbrowa

Osoba do kontaktu:

AGNIESZKA WILKOŁEK – kierownik DDOM - tel. 798 852 835,

e-mail: [awilkolek@centermed.pl](mailto:awilkolek@centermed.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			
a. Dzienny Dom Opieki Medycznej	100 osób	Min. 100	100
b. Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych	400 osób		
c. Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych	100 osób		
<b>RAZEM</b>	<b>600 osób</b>	<b>Min. 100 osób</b>	<b>100 osób</b>

Terminy naboru:

Nr naboru	Termin naboru	Obszar 1 – Zintegrowane Centrum Opieki		
		a) Dzienny Dom Opieki Medycznej	b) Centrum Teleopieki oraz Centrum Usług Domowych	Obszar 3 – Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych
1	sie-20	X	X	
2	wrz-20	X	X	X
3	paź-20	X	X	X
4	lis-20	X	X	X
5	gru-20	X	X	X
6	sty-21	X	X	X
7	lut-21	X	X	X
8	mar-21	X	X	X
9	kwi-21	X	X	X
10	maj-21	X	X	X
11	cze-21	X	X	X
12	lip-21	X	X	X
13	sie-21	X	X	X



14	wrz-21	X	X	X
15	paz-21	X	X	X
16	lis-21	X	X	X
17	gru-21	X	X	X
18	sty-22	X	X	X
19	lut-22	X	X	X
20	mar-22	X	X	X
21	kwi-22	X	X	X
22	maj-22	X	X	X
23	cze-22	X	X	X
24	lip-22	X	X	X
25	sie-22	X	X	X
26	wrz-22	X	X	X
27	paz-22	X	X	X
28	lis-22	X	X	X
29	gru-22	X	X	X
30	sty-23	X	X	X
31	Lut-23	X	X	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 Wielkopolski.”, 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 1c – Zintegrowane Centrum Opieki (Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych)

Jako:

- Osoba potrzebująca wsparcia w codziennych czynnościach
- 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 Wielkopolski**” 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 2013r. 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 **RPWP.07.02.02-30-0004/19**, 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 WZAJEMNEJ POMOCY "FLANDRIA" Andrzeja 15, 88-100 Inowrocław** (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu **Stowarzyszenie Medycyna Polska Plac Sobieskiego 2, 33-100 Tarnów, 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 prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub



szkoleniu

oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

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

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

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

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

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Czytelny podpis Uczestnika Projektu\**



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

**Formularz rekrutacyjny**  
kandydata do uczestnictwa w projekcie  
„Usługi społeczne i opieka medyczna dla mieszkańców Wielkopolski”

Dane uczestnika											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL										
Wykształcenie (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	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Teren zamieszkania	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski

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

<b>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b> Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy lub raport z SEPI	Tak		Nie	
<b>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b> Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.	Tak		Nie	
<b>W tym długotrwale bezrobotny</b> Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - 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.	Tak		Nie	
<b>Bierny zawodowo</b> 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).	Tak		Nie	
<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> Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.	Tak		Nie	
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	

### Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

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

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, lemowska, 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	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

#### Obywatelstwo:

#### Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

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

#### 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 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, 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 Wielkopolski.” realizowanym przez Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” 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 Wielkopolski” 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 Wielkopolski”.

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 8. 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 <i>(wypełnia realizator projektu)</i>										

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"/> Odbywam 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><b>2. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie poszukiwał/a Pan /Pani pracy lub był/a Pan/ Pani</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>

zarejestrowany/a w urzędzie jako poszukujący/a pracy?	
3. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie rozpoczął/ęła Pan/Pani naukę w szkole lub wziął/ęła udział w szkoleniu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie uzyskał/a Pan/Pani, po zdaniu egzaminie certyfikat/zaświadczenie potwierdzające uzyskanie kwalifikacji? <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>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

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 Wielkopolski”.

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, 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 1a:</b> Zintegrowane Centrum Opieki (Dzienny Dom Opieki Medycznej)									
		<b>OBSZAR 1b:</b> Zintegrowane Centrum Opieki (Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych)									
		<b>OBSZAR 1c:</b> Zintegrowane Centrum Opieki (Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych)									
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.**

### **Informacje 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 Dąbrowie, pod adresem 62-070 Dąbrowa, ul. Innowatorów 8 i prowadzony jest przez Centermed Poznań Sp. z o.o.; i funkcjonuje w okresie od 01 sierpnia 2020 r. do 28 lutego 2023r.;
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 szczególności u pacjentów po udarach mózgu poprzez ćwiczenia, **terapia zajęciowa** - usprawnienie manualne, obudzenie 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 w Dąbrowie, pod adresem 62-070 Dąbrowa, ul. Innowatorów 8. 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://www.centermed-poznan.pl/dzienny-dom-opieki-medycznej-dla-mieszkanow-wielkopolski/>

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

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

Otrzymasz 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 kąpielni). 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:

- wsparcie specjalistyczne: konsultacje, poradnictwo, interwencje kryzysowe pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa.

### 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:

[https://pomagamy.flandria.pl/projects\\_\\_trashed/uslugi-spoleczne-i-opieka-medyczna-dla-mieszkanow-wielkopolski/](https://pomagamy.flandria.pl/projects__trashed/uslugi-spoleczne-i-opieka-medyczna-dla-mieszkanow-wielkopolski/)

## **Obszar 1 b– Zintegrowane Centrum Opieki - Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych – szkolenie opiekunów faktycznych**

### **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.

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

1. Tak – jeżeli jesteś opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej, potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

### **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.

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

1. Nie, ponieważ szkolenia dla opiekunów faktycznych będą przeprowadzane w miejscu sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną.

**Liczba miejsc jest ograniczona.**

**Partner realizujący:**

Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”