

Dokument nr 7

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – część I

PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Uczestnik

(nazwisko i imię uczestnika)

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania.....

(adres zamieszkania: ulica, nr domu, kod, miejscowość)

.....
(nr tel. stacjonarnego)

(adres e-mail)

.....
(nr tel. komórkowego)

1. Deklaruję udział w Projekcie pn. „**Usługi zdrowotne dla niesamodzielnych w Bielsku-Białej**”.
2. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące uczestnictwa w Projekcie.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku dla celów działań informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją Projektu.
4. Zostałem poinformowany, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Uprowadzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

....., dn.

Miejscowość

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY- część II

ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA

w ramach projektu:

USŁUGI ZDROWOTNE DLA NIESAMODZIELNYCH W BIELSKU-BIAŁEJ

Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
	6	Nazwa Instytucji	Nie dotyczy
	7	Płeć	
	8	Data urodzenia	
	9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	10	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	11	Kraj	Polska
	12	Województwo	śląskie
	13	Powiat	
	14	Gmina	
	15	Miejscowość	
	16	Ulica	
	17	Nr budynku	
	18	Nr lokalu	
	19	Kod pocztowy	
	20	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	-
	21	Telefon kontaktowy	
	22	Adres e-mail	

Szczegóły i rodzaj wsparcia	23	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	24	Data zakończenia udziału w projekcie	
	25	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
	26	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	Nie dotyczy
	27	Wykonywany zawód	
	28	Zatrudniony w	
	29	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	30	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	31	Inne rezultaty dotyczące osób młodych	Nie dotyczy
	32	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	33	Rodzaj przyznanego wsparcia	Usługa zdrowotna/medyczna
	34	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
	35	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	36	Data założenia działalności gospodarczej	Nie dotyczy
	37	Kwota przyznaných	Nie dotyczy

		środków na założenie działalności gospodarczej	
	38	PKD założonej działalności gospodarczej	Nie dotyczy
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	39	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
	40	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
	41	Osoba z niepełnosprawnościami	
	42	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej	
	43	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	Tak

Oświadczenie uczestnika projektu- część III

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **USŁUGI ZDROWOTNE DLA NIESAMODZIELNYCH W BIELSKU-BIAŁEJ**

ja niżej podpisany/a:

.....
(nazwisko i imię)

Wyrażam chęć udziału w projekcie oraz przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji
 - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (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 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;

- b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt: KONIOR CLINIC SPÓŁKA Z ORGANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA, UL. PSZENNA 11, 43-300 Bielsko-Biala.
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

....., dn.
Miejscowość

.....
Czytelny podpis

SKALA BARTHEL- część IV

L.p.	Nazwa czynności *	Wartość punktowa **
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 siadaniu 5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	....................
3	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	..... .....
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	..... ..... .....
5	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny	..........
6	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m 5 = niezależny poruszający się na wózku 10 = spacer z pomocą jednej osoby, na odległość > 50m 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległości > 50m	....................
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10 = samodzielny	...............
8	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka,	..... ..... .....

	sznurowadeł, itp.)	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	..... ..... .....
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	..... ..... .....
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW (wynik oceny) ***		

Zgodnie z wynikiem oceny, pacjent kwalifikuje się / nie kwalifikuje się****, do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową.

Objaśnienia: */ w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** / w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów ****/ niepotrzebne skreślić

Ankieta na potrzeby rekrutacji w projekcie – część V

USŁUGI ZDROWOTNE DLA NIESAMODZIELNYCH W BIELSKU-BIAŁEJ

Imię i nazwisko pacjenta

Podstawa zakwalifikowania do udziału w projekcie:

1. Osoba w wieku powyżej 65 lat żyjąca w jednoosobowym gospodarstwie domowym; TAK Nie
2. Osoba/rodzina z dochodem nie przekraczającym 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej; TAK Nie
3. Ilość punktów osiągniętych w skali Barthel
.....
4. Gotowość opiekuna do aktywizacji zawodowej bądź kształcenia TAK Nie

.....
Podpis osoby przyjmującej dokument

Ankieta dla opiekunów- część VI

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA.....

1. Płeć:
 - kobieta
 - mężczyzna

2. Wiek:
 - poniżej 40
 - 40-50
 - 50-60
 - powyżej 60

3. Jaki jest wiek osoby, którą się Pan/i opiekuje?
.....

4. Stopień pokrewieństwa do osoby starszej.
 - mąż/zona
 - syn/córka
 - dalsza rodzina
 - nikt z rodziny

5. Jaką część dnia zajmuje Pani/Panu opieka nad osobą starszą?
 - Jeśli kilka godzin dziennie to proszę wpisać w rubryce inne ile godzin.
 - cały dzień
 - Inne:.....

6. Czy poza opieką Pan/i pracuje?
 - tak
 - nie

7. Z jakimi trudnościami w opiece nad osobą starszą spotyka się Pan/i najczęściej?
 - zmęczenie psychiczne, brak cierpliwości
 - zmęczenie fizyczne
 - brak możliwości pracy i rozwoju osobistego
 - bezradność w obliczu choroby, dolegliwości
 - bariery architektoniczne, brak samochodu
 - trudne zachowania u osoby starszej
 - bezradność podczas ataku histerii
 - trudności finansowe
 - słaby dostęp do opieki zdrowotnej refundowanej przez NFZ
 - brak informacji o dostępnych formach pomocy
 - brak osoby, która mogłaby czasowo przejąć opiekę nad seniorem
 - brak świetlic, miejsc gdzie można na parę godzin zostawić osobę starszą

8. Informacje dotyczące grupy wsparcia. Czy czuje Pan/i potrzebę nawiązania kontaktu z innymi opiekunami zajmującymi się osobami w starszym wieku, wymianą poglądów, doświadczeń czy uzyskania informacji od specjalistów w zakresie opieki nad osobą starszą?
- tak
 - nie
 - nigdy się nad tym nie zastanawiałam/łem.
9. Czy chciałaby Pan/i brać udział w „grupie wsparcia” dla rodzin/ opiekunów zajmujących się osobami starszymi?
- tak, chętnie
 - nie, nie jest mi to potrzebne
 - nie wiem
10. Spotkania powinny dotyczyć:
- informacje dotyczące chorób wieku starczego
 - informacje o formach pomocy z jakich opiekunowie mogą korzystać
 - informacje o prawach i możliwościach opiekunów i osób starszych
 - rozwiązywanie problemów dnia przy opiece nad osobą starszą
 - rozmowy (wykłady) ze specjalistami (psychiatra, psycholog, terapeuta, pracownik socjalny, prawnik, dietetyk, inni)
 - zapoznanie się z technikami radzenia sobie ze stresem
11. Czy byłaby/byłby Pani/Pan zainteresowana/y spotkaniami indywidualnymi z psychologiem?
- tak, chętnie jest mi to potrzebne
 - nie, dziękuję nie potrzebuję

.....
Podpis opiekuna

INDYWIDUALNY PROGRAM LECZENIA REHABILITACYJNEGO
(KARTA UCZESTNIKA)

Imię i nazwisko uczestnika projektu	
Wiek	

ETAP I

(Wielowymiarowa, pogłębiona diagnoza stanu psychofizycznego pacjenta-
ROZPOZNANIE).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis lekarza

ETAP II

(Konsultacja medyczna- cel, ewaluacja stanu zdrowia i postępów w procesie
rehabilitacji).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis lekarza