



FORMULARZ REKRUTACYJNY

1. Dane osobowe osoby fizycznej uczestnika/czki projektu „Opieka telemedyczna na obszarze pñ. wsch. województwa opolskiego”	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	
2. Adres zamieszkania i korespondencji uczestnika/czki projektu	
Ulica	
Nr domu / lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
3. Numery telefonów kontaktowych oraz e-mail uczestnika/czki projektu	
Tel. kontaktowy	
e-mail	
4. Status na rynku pracy uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu	
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Osoba długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy)	<input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna zaliczona do III Profilu (obowiązkiem osoby jest dołączenie zaświadczenia z PUP o statusie III Profilu)	<input type="checkbox"/>
Osoba <u>bezrobotna niezarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
Osoba bierna zawodowo	
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>
Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	<input type="checkbox"/>
Inne (Emeryt/ka, Rencista/ka)	<input type="checkbox"/>
Osoba pracująca w	
Stanowisko	
Przedsiębiorstwo:	
Mikroprzedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/>
Małe	<input type="checkbox"/>
Średnie	<input type="checkbox"/>
Duże	<input type="checkbox"/>
5. Wykształcenie uczestnika/czki projektu	
Niższe niż Podstawowe (ISCED 0)	<input type="checkbox"/>
Podstawowe (ISCED 1)	<input type="checkbox"/>
Gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/>
Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	<input type="checkbox"/>
Policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>
Wyższe (ISCED 5)	<input type="checkbox"/>

6. Dodatkowe informacje o uczestniku/czce projektu	
Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, w tym osoba z zaburzeniami psychicznymi o których mowa w ustawie z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Jeżeli TAK, to proszę o zaznaczenie odpowiedniego stopnia niepełnosprawności oraz dostarczenie odpowiedniego orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r (patrz załącznik)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
SKALA BARTHEL	
Spożywanie posiłków:	
0-nie jest w stanie samodzielnie jeść	<input type="checkbox"/>
5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety	<input type="checkbox"/>
10-samodzielny, niezależny	<input type="checkbox"/>
Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:	
0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu	<input type="checkbox"/>
5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)	<input type="checkbox"/>
10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna	<input type="checkbox"/>
15-samodzielny	<input type="checkbox"/>
Utrzymywanie higieny osobistej:	
0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych	<input type="checkbox"/>
5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów	<input type="checkbox"/>
Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny	
5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam	<input type="checkbox"/>
10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	<input type="checkbox"/>
Mycie, kąpiel całego ciała:	
0-zależny	<input type="checkbox"/>
5-niezależny lub pod prysznicem	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się po powierzchniach płaskich:	
0-nie porusza się lub < 50 m	<input type="checkbox"/>
5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m	<input type="checkbox"/>
10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m	<input type="checkbox"/>
15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	<input type="checkbox"/>
Wchodzenie i schodzenie po schodach:	
0-nie jest w stanie	<input type="checkbox"/>
5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie	<input type="checkbox"/>
10-samodzielny	<input type="checkbox"/>
Ubieranie się i rozbieranie:	
0-zależny	<input type="checkbox"/>
5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy	<input type="checkbox"/>
10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	<input type="checkbox"/>
Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:	
0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy	<input type="checkbox"/>
5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	<input type="checkbox"/>
10-panuje, utrzymuje stolec	<input type="checkbox"/>
Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:	
0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny	<input type="checkbox"/>
5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe)	<input type="checkbox"/>
10-panuje, utrzymuje mocz	<input type="checkbox"/>
Razem Punktów =	Podpis pielęgniarki

7. KRYTERIA REKRUTACJI - DODATKOWE:	
- osoby, które otrzymały od 0 do 80 pkt w skali BARTEL: 1 pkt	
- orzeczenie o niepełnosprawności (preferencje dla znaczny i umiarkowany): 1 pkt	
- płeć Mężczyzna: 1 pkt	
- choroby współzależne (np. kardiologiczna, układu krążenia, naczyniowa, nadciśnienie, cukrzyca, po zawale serca, otyłość -współczynnik BMI pow. 32): 1 pkt	
- osoby po wyjściu ze szpitala lub ZOL – w pierwszym okresie po hospitalizacji: 1 pkt	
- dochód uprawniający do korzystania z pomocy społecznej: 1 pkt	
- zamieszkanie na terenie gmin średnio i słabo zaludnionych: 1 pkt	
RAZEM (nie więcej niż 6 punktów)	
8. Oświadczenie uczestnika/czki projektu i rodzaj przyznanego wsparcia	
<p>Koszt uczestnictwa w projekcie pokrywany jest ze środków europejskich i dotacji celowej oraz wkładu własnego beneficjenta. Świadom tego, deklaruję uczestnictwo w projekcie, biorąc udział w następujących działaniach przewidzianych wsparciem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Całodobowa opieka telemedyczna polegająca na dostępie do konsultacji i porad lekarskich w obszarze kardiologii, geriatry i ogólnomedycznych przez 24h/dobę; 2) Otrzymanie transmitera do badań EKG; 3) Pakiet porad i konsultacji w zakresie rehabilitacji, dietetyki oraz usług pielęgnacyjnych; 4) Możliwość wypożyczenia specjalistycznych rowerów rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych z nadwagą i otyłości, ze współczynnikiem BMI\geq32; 	
<p>Oświadczam, że (deklaracja uczestnictwa):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Opieka telemedyczna na Opolszczyźnie” realizowanym przez – Fundację Centrum Edukacji i Wdrażania Innowacji w Medycynie z siedziba w Opolu w partnerstwie z Fundacja Św. Benedykta z siedziba w Krakowie. - Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Opieka telemedyczna na Opolszczyźnie”. - Zapoznałem/am się i akceptuję <i>Regulamin uczestnictwa w projekcie</i>. - Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. <p>Wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku /wypowiedzi przez – Fundację Centrum Edukacji i Wdrażania Innowacji w Medycynie z siedziba w Opolu i Fundację Św. Benedykta z siedziba w Krakowie dla celów działań informacyjno -promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych.</p>	
Czytelna data i podpis uczestnika/czki projektu	

Imię i nazwisko osoby przyjmującej Formularz	
Uwagi wypełnia personel projektu:	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	

A) Warunkiem przystąpienia do projektu „Opieka telemedyczna na obszarze pñ. wsch. województwa opolskiego” jest spełnienie kryteriów formalnych tj. zaliczenie uczestnika projektu do: **Osób w grupie wiekowej powyżej 45 roku życia, osób zamieszkałych na terenie województwa opolskiego oraz co najmniej jednej z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodów wymienionych w § 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj.:**

- 1) ubóstwa,
- 2) sieroctwa,
- 3) bezdomności,
- 4) bezrobocia,
- 5) niepełnosprawności,
- 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- 7) przemocy w rodzinie,
- 8) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- 10) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą,
- 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- 13) alkoholizmu lub narkomanii,
- 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej,

lub Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj.:

- 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;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- 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;
- 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 2014 r. poz. 382);
- 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 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);
- osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);
- rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- osoby niesamodzielne;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

C) Dołączenie odpowiednich zaświadczeń, oświadczeń (jeżeli dotyczy):

- zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (ewentualnie ze wskazaniem profilu pomocy do którego został zakwalifikowany dany bezrobotny) i/lub,
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i/lub,
- zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej potwierdzające fakt korzystania ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej i/lub,
- zaświadczenie lekarski lub historia choroby lub karta informacyjna leczenia szpitalnego o przebyciu długotrwałej lub ciężkiej choroby i/lub.
- Oświadczenie o zagrożeniu wykluczeniem społecznym z powodów określonych w art.7 ustawy o pomocy społecznej.