ZAŁĄCZNIK NR 4

**PROTOKÓŁ Z REKRUTACJI KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: *„****Uruchomienie Dziennego Domu Opieki Medycznej Warszawa-Targówek”*** Nr projektu: „***RPMA.09.02.02-14-d521/19-00”***Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: ***IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem*** Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2 „Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej”** Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2.2 „Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych”** |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko kandydata/ki |  |
| Adres |  |
| **kryteria dopuszczające KANDYDAT/KA:** |
| Jest osobą, KTÓRA POSIADA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH | [ ] Tak [ ] nie |
| jest osobą, która ukończyła 18 rok życia | [ ] Tak [ ] nie |
| posiada skierowanie do ddom |  |
| jest mieszkańcem powiatu warszawskiego | [ ] Tak [ ] nie |
| jest osobą niesamodzielną, KTÓREJ STAN ZDROWIA WSKAZUJE NA NIESAMODZIELNOŚĆ OSIĄGAJĄC 40-65 PKT W SKALI BARTHEL | [ ] Tak [ ] nie |
| jest osobą BEZPOŚREDNIO PO PRZEBYTEJ HOSPITALIZACJI, A JEJ STAN ZDROWIA WYMAGA WZMOŻONEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ, NADZORU NAD TERAPIĄ FARMAKOLOGICZNĄ, KOMPLEKSOWYCH DZIAŁAŃ USPRAWNIAJĄCYCH I PRZECIWDZIAŁAJĄCYCH POSTĘPUJĄCEJ NIESAMODZIELNOŚCI | [ ] Tak [ ] nie |
| JEST OSOBĄ, U KTÓREJ WYSTĘPUJE RYZYKO HOSPITALIZOWANIA W NAJBLIŻSZYM CZASIE LUB U KTÓREJ W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY UDZIELONE ZOSTAŁY ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO | [ ] Tak [ ] nie |
| NIE JEST OSOBĄ, KTÓRA KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ, PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ ORAZ REHABILITACJI LECZNICZEJ NA ODDZIALE DZIENNYM LUB W WARUNKACH STACJONARNYCH | [ ] Tak [ ] nie |
| nie jest osobą, u której podstawowym wskazaniem do leczenia jest choroba psychiczna lub uzależnienie | [ ] Tak [ ] nie |
| OŚWIADCZYŁ/A, ŻE NIE BIERZE UDZIAŁU W INNYM ANOLOGICZNYM PROJEKCIE FINANSOWANYM Z POMOCY SPOŁECZNEJ LUB EFS | [ ] Tak [ ] nie |
| wyraził/a zgodę na udział w projekcie | [ ] Tak [ ] nie |
| **kryteria punktowane** |
| osoba niepełnosprawna ze znacznym poziomem niepełnosprawnościosoba niepełnosprawna ze średnim poziomem niepełnosprawnościosoba niepełnosprawna z lekkim poziomem niepełnosprawności | [ ]  4 pkt[ ]  2 pkt[ ]  0 pkt |
| Jestem osobą samotnąJestem osobą, która ukończyła 65 lat | [ ]  2 pkt[ ]  2 pkt |
| jestem osobą, której opiekun faktyczny pracuje lub studiuje (uczy się) | [ ]  2 pkt |
| JEST OSOBĄ, KTÓRA UZYSKAŁA w 2020 r. dochÓD nie przekraczający150% kryterium dochodowego (na osobę samodzielnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. | [ ]  2 pkt |
| **suma punktów** | ……….. |

|  |
| --- |
| **podsumowanie procesu rekrutacji**  |
| Kandydat/KA spełnił/ła kryteria formalne udziału w projekcie |  [ ]  tak | [ ]  nie |
| KANDYDAT/KA OTRZYMAŁ/A W RAMACH KRYTERIUM PUNKTOWANYCH  | ………………………… PUNKTÓW  |
| **Deklaracja bezstronności i poufności**Oświadczam, że:- Nie pozostaję w związku małżeńskim albo w faktycznym pożyciu, a także w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia opieki lub kurateli z Kandydatem ocenianym przeze mnie w ramach danego naboru.- Nie pozostaję z żadnym z Kandydatów ocenianych przeze mnie w ramach danego naboru w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.- Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i zaufaniu wszystkich informacji i dokumentów ujawnionych mi lub wytworzonych przeze mnie lub przygotowanych przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie mogą zostać ujawnione stronom trzecim.- Jestem świadoma odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą |  |
| **data i czytelny podpis osoby oceniającej** |  |
| **data i czytelny podpis osoby zatwierdzającej** |  |