



Załącznik nr 3 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU DDOM PRZY
SAMODZIELNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL	
Informacja dot. orzeczeń o niepełnosprawności	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo/powiat/ gmina	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	



DANE KONTAKTOWE	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo/powiat/ gmina	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail o ile dotyczy	

*proszę zaznaczyć właściwe

Wykształcenie	Niższe niż podstawowe*	Podstawowe*	Gimnazjalne*	Ponadgimnazjalne*	Policealne*	Wyższe*
----------------------	------------------------	-------------	--------------	-------------------	-------------	---------

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak*	Nie*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak*	Nie*
Osoba z niepełnosprawnościami	Tak*	Nie*
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak*	Nie*
W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Tak*	Nie*
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak*	Nie*
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	Tak*	Nie*



STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY

Wypełniają osoby pracujące	Osoba pracująca w administracji rządowej*	Osoba pracująca w administracji samorządowej*	Inne*	Osoba pracująca w MMŚP*	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej*	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek*	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie*
-----------------------------------	---	---	-------	-------------------------	---	--	--

Wykonywany zawód	
Miejsce zatrudnienia	

Wypełniają osoby bezrobotne/ biernie zawodowo	osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy*	osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy*	osoba bierna zawodowo*
W tym:	-długotrwale bezrobotna* lub -inne*	-długotrwale bezrobotna* lub -inne*	-inne* lub -osoba ucząca się* lub -osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu*



DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PACJENTA/ŚWIADCZENIOBIORCY	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. sąsiad)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy)	
Adres e-mail	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji.
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe.
3. **Oświadczam, że nie jestem wyłączony/wyłączona z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej 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,
 - podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie oraz nie



korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

4. Oświadczam, że posiadam 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.).

.....
Data

.....
Podpis pacjenta (świadczeniobiorcy)

