

## FORMULARZ UCZESTNICTWA OSOBY W PROJEKCIE

Tytuł projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita”		
DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
Dane uczestnika	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ISCED 0 - niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ISCED 1 - wykształcenie PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> ISCED 2 - wykształcenie GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 3 - wykształcenie PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 4 - wykształcenie POLICEALNE <input type="checkbox"/> ISCED 5 – studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) <input type="checkbox"/> ISCED 6 – studia licencjackie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 7 – studia magisterskie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 8 – studia doktoranckie lub ich odpowiedniki
Dane kontaktowe uczestnika	Kraj	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
Szczegóły	Wiek 65 lat, lub więcej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Zamieszkanie na terenie powiatu gliwickiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Status osoby na rynku pracy w chwili	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna

	przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b> , w tym: <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca</b> , w tym: <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inne	
	Wykonywany zawód (jeśli dotyczy-wypełnić zgodnie z klasyfikacją zawodów):	-----	
	Zatrudniony w (jeśli dotyczy):	-----	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający daną sytuację np. wyrok sądu <input type="checkbox"/> Pismo ze spółdzielni o zadłużeniu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument

Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
<b>PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ</b>		
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniająca co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.***	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Zaświadczenie kuratora <input type="checkbox"/> Wyrok sądu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoby z 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.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka ORAZ: <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba niesamodzielna ze względu na podeszły	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: *

	wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono: * <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
<p><b>Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „<b>Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita</b>” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.</li> <li>– Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie,</li> <li>– Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.</li> <li>– Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.</li> <li>– Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.</li> </ul>			
<b>MIEJSCOWOŚĆ I DATA</b>		<b>CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****</b>	

# Załącznik nr 1 do „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”

## Formularz rekrutacyjny

Numer projektu:  WND-RPSL.09.02.06-24-060F/19-002	Data/godzina wpływu formularza rekrutacyjnego:  .....	Czytelny podpis przyjmującego formularz:  .....	wypełnia pracownik biura projektu
<b>Dane kandydata:</b>			
Imię/imiona:			
Nazwisko:			
Data urodzenia:			
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna			
<b>Adres zamieszkania:</b>			
Ulica, numer domu i numer mieszkania:			
Kod pocztowy:			
Miejscowość:			
Numer telefonu:			
Adres poczty elektronicznej:			

Proszę o zakwalifikowanie mnie do udziału w projekcie „**Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita**” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014 – 2020,

Oświadczam, że na dzień podpisania niniejszego formularza spełniam kryteria określone w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”:

### Kryteria dla Uczestników Projektu wymagających rehabilitacji zdrowotnej:

- jestem osobą w wieku 65 lat i więcej..... ☐
- mieszkam (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie województwa śląskiego..... ☐
- przynależę do osób niesamodzielných<sup>1</sup>..... ☐

<sup>1</sup> **Osoba niesamodzielną** – osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Za osobą niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu; osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego zgodnie z Regulaminem konkursu RPO WSL 2014-2020, Podziałanie 9.2.6.

- posiadam problemy zdrowotne wymagające wsparcia rehabilitacyjnego i medycznego.....☐
- wymagam stałej opieki.....☐
- zamieszkuję obszar o utrudnionym dostępie do usług rehabilitacyjnych, medycznych, środowiskowych.....☐
- Posiadam skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej i uzyskałem/am 40-65 pkt w skali Barthel.....☐

Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- ja, lub moja najbliższa rodzina korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. 2016 poz. 930) lub kwalifikuje 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.....☐
- przynależę do osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. zatrudnieniu socjalnym (tj. Dz. U. Z 2011 r. Nr 43 poz. 225 z późn. zm.) <sup>2</sup>.....☐
- jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą 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 (tj. Dz.U. 2016, poz. 575); .....☐
- jestem osobą nieletnią, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.); .....☐
- jestem osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.); .....☐
- jestem osobą z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2011r. 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 2016r., poz. 546); .....☐
- przynależę do 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; .....☐
- jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 645); .....☐

<sup>2</sup> W art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13.06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym wskazuje osoby zagrożone wykluczeniem społecznym: 1) bezdomne realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 2) uzależnione od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego; 3) uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; 4) chore psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; 5) bezrobotne, w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, pozostających bez pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy; 6) zwalniane z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

- jestem osobą niesamodzielną; ..... ☐
- jestem osobą bezdomną lub dotkniętą 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; ..... ☐
- korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (2014-2020). ..... ☐

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie”, akceptuję wszystkie postanowienia. Regulaminu;
- wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i udziału w Projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach RPO WSL 2014-2020. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w procesie rekrutacji.
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014 – 2020, IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Podziałanie 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych;
- deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie BUSZKA-WIEPRZYCKA KAMILA NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM ZDROWIA SANVITA;
- deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu;

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wyżej podane dane są zgodne z prawdą.

.....  
miejsowość

.....  
data

.....  
podpis kandydata

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita”

Ja, niżej podpisana/ny

.....  
(imię i nazwisko)

deklaruję udział w Projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” realizowanym przez BUSZKA-WIEPRZYCKA KAMILA NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM ZDROWIA SANVITA, w ramach Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020, osi priorytetowej Priorytet IX Włączenie Społeczne dla działania 9.2. Rozwój Usług zdrowotnych

Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita”

1. W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie,
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.
4. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis uczestnika Projektu



**WSTĘPNA ANKIETA EWALUACYJNA/DDOM**  
**dla Uczestników Projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” realizowanego w**  
**ramach działania 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, poddziałania**  
**9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych RPO WSL 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny).**

Szanowni Państwo,  
prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety, uzyskane wyniki pozwolą nam poznać Państwa oczekiwania i potrzeby. Prosimy o zaznaczenie właściwych odpowiedzi.

Dziękujemy.

1. Jakie motywy skłoniły Pana/Panią do wzięcia udziału w Projekcie?

- ☐ szansa na poprawę stanu zdrowia i sprawności ruchowej
- ☐ szansa na „wyjście z domu” i spotkania z innymi ludźmi
- ☐ ciekawy program projektu
- ☐ możliwość skorzystania z konsultacji specjalistycznych
- ☐ możliwość skorzystania z rehabilitacji
- ☐ dobra opinia o Beneficjencie tj. BUSZKA-WIEPRZYCKA KAMILA NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM ZDROWIA SANVITA

- ☐ organizacja transportu przez Organizatora
- ☐ obiad podczas pobytu dłuższego niż 6 godzin
- ☐ Inne,

jaki.....  
.....

2. Skąd Pan/Pani dowiedzieli się o realizacji projektu?

- ☐ od lekarza POZ, lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
- ☐ ulotki/materiały informacyjne NZOZ Centrum Zdrowia Sanvita
- ☐ strona internetowa NZOZ Centrum Zdrowia Sanvita
- ☐ od innych osób
- ☐ Inne, jakie?.....

3. Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/Pani z usług rehabilitacyjnych?

- ☐ Nie
- ☐ Tak, w jakich okolicznościach?.....

4. Jak ocenia Pan/Pani konieczność realizacji projektów mających na celu poprawę zdrowia osób starszych?

- ☐ Bardzo potrzebne
- ☐ Potrzebne
- ☐ Obojętne
- ☐ Niepotrzebne
- ☐ Bardzo niepotrzebne

5. Czy zgłosiłby/zgłosiłaby się Pan/Pani do projektu, gdyby dojazd na zajęcia odbywał się wyłącznie własnym zakresie?

- ☐ Tak  
☐ Nie

6. Jakie są Pana/Pani oczekiwania względem uczestnictwa w Projekcie?

- ☐ poprawa stanu zdrowia  
☐ poznanie innych ludzi z podobnymi problemami  
☐ podniesienie wiedzy na temat zdrowego odżywiania  
☐ poprawa stanu psychicznego  
☐ Inne,

jaki.....  
.....  
.....

**Dziękujemy za uzupełnienie ankiety.**

## UMOWA UCZESTNIKA PROJEKTU „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita”

Realizowanego w ramach RPO WSL 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny)

nr EFS WND-RPSL.09.02.06-24-060F/19-002

Zawarta w .....w dniu.....

pomiędzy:

**BUSZKA-WIEPRZYCKA KAMILA NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM ZDROWIA SANVITA  
44-194 Knurów  
Ul. Kazimierza Wielkiego 13**

reprezentowanym przez Kamillę Buszka-Wieprzycką zwanym dalej „Organizatorem Projektu”,

a

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Projektu)

zamieszkałym/ą w: .....ul.....

PESEL: ..... Data i miejsce urodzenia:.....

reprezentowanym przez rodzica/opiekuna prawnego .....  
zwanym/ą dalej „Uczestnikiem Projektu”

### § 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udział w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” (zwanym dalej „Projektem”), realizowanym w ramach RPO WSL 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych.
2. Zasady uczestnictwa w Projekcie, o którym mowa w ust. 1 określa Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, zwany dalej Regulaminem.

### § 2

1. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Okres realizacji projektu określa wniosek o dofinansowanie i w chwili zawarcia niniejszej umowy trwa od 01.11.2020 do 31.08.2022 r.
3. Udział w projekcie jest całkowicie bezpłatny pod warunkiem realizacji obowiązków wynikających z niniejszej umowy oraz Regulaminu.

4. Przypadki w których możliwe jest dochodzenie od Uczestnika Projektu zwrotu kosztów jego uczestnictwa w Projekcie. Wysokość kosztów będzie obliczana na podstawie realnie poniesionych wydatków.

### § 3

1. Uczestnik Projektu oświadcza, iż zapoznał się z treścią Regulaminu i zobowiązuje się do respektowania zawartych w nim postanowień oraz oświadcza, że spełnia warunki uczestnictwa w Projekcie w nim umieszczone.
2. Uczestnik Projektu zaświadcza, że wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w trakcie rekrutacji są aktualne, a w przypadku ich zmiany w trakcie obowiązywania niniejszej umowy niezwłocznie poinformuje o tym fakcie.
3. Uczestnik Projektu oświadcza, że wyraża zgodę na rozpowszechnianie swojego wizerunku w związku z realizacją Projektu w celach promocyjnych. Rozpowszechnianie to może przybrać w szczególności formę publikacji zdjęć z prowadzonych w ramach Projektu na stronie internetowej Organizatora Projektu.

### § 4

1. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do:
  - a) Uczestnictwa we wszelkich wsparcia oferowanych w ramach realizacji projektu, a w szczególności uczestnictwa w zajęciach, formach wsparcia w ramach opracowanego Indywidualnego Programu Wsparcia,
  - b) Wypełniania ankiet ewaluacyjnych w trakcie trwania Projektu oraz po jego zakończeniu,
  - c) Udostępnienia danych osobowych niezbędnych do realizacji projektu potrzebnych do prowadzenia sprawozdawczości, monitoringu i ewaluacji projektu,
  - d) Potwierdzania własnoręcznym podpisem korzystania ze wsparcia w ramach Projektu, podpisywania list obecności,
  - e) Pisemnego usprawiedliwienia nieobecności, w zakresie przewidzianym w Regulaminie,
  - f) Wypełnienia i dostarczenia wszelkiej wymaganej w Regulaminie dokumentacji.

### § 5

1. Organizator Projektu może rozwiązać niniejszą umowę w sytuacji, gdy Uczestnik Projektu narusza zapisy Regulaminu oraz niniejszej umowy.
2. Rozwiązanie umowy, o którym mowa w pkt. 1, skuteczne jest od dnia Doręczenia Uczestnikowi Projektu osobiście lub bezpośrednio wskazanemu w dokumentacji pełnomocnikowi albo drogą pocztową na adres wskazany w niniejszej umowie oświadczenia o jej rozwiązaniu.

### § 6

1. Wszelkie zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 7

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Regulaminu oraz przepisy Kodeksu Cywilnego.

### §8

1. Ewentualne spory związane z realizacją niniejszej umowy strony będą starały się rozwiązać polubownie.
2. W przypadku braku porozumienia właściwym jest sąd dla siedziby Organizatora Projektu.

#### § 9

1. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
Organizator projektu

.....  
Podpis Uczestnika Projektu

## **REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** **pt.: „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita”**

### **§ 1**

#### **Postanowienia ogólne**

1. Regulamin określa zasady uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” o numerze: RPSL.09.02.06-IŻ.01-24-348/19 realizowanego w ramach Osi Priorytetowej IX Włączenie społeczne Działania 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. (Europejski Fundusz Społeczny).
2. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską (UE) w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) na podstawie umowy podpisanej z Województwem Śląskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Śląskiego pełniącym rolę Instytucji Zarządzającej (IZ) Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
3. Projekt realizowany jest w okresie od 01.11.2020 roku do 31.08.2022 roku.
4. Biuro Projektu mieści się w, miejscu realizacji projektu, w Knurowie, ul. Kazimierza wielkiego 13.
5. Szczegółowe informacje dotyczące projektu dostępne są w biurze Dziennego Domu Opieki Medycznej Sanvita (zwanym dalej DDOM) oraz na stronie internetowej <http://www.sanvita.pl/>

### **§ 2**

#### **Uczestnicy projektu**

1. Projekt skierowany jest wyłącznie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 lat których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.
2. Świadczenia w DDOM udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.
3. Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach DDOM będą objęte osoby mające 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 (t.j. Dz. U. z 2019 poz. 1373, z późn. zm.) na podstawie weryfikacji w systemie EWUŚ lub oświadczenia pacjenta.
4. Uczestnikami projektu mogą być:
  - pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej,
  - pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
5. Uczestnikami mogą być pełnoletni pacjenci zamieszkujący na obszarze województwa śląskiego, w szczególności powiatu gliwickiego, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, zgodnie z założeniami projektu i konkursu ogłoszonego przez Zarząd Województwa Śląskiego, w odpowiedzi na który realizowany jest projekt.
6. Projekt kierowany jest szczególnie do osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym rozumianym jako trudna sytuacja ekonomiczna oraz społeczna (poczucie wyobcowania i osamotnienia).

7. Przynależność do grupy osób niesamodzielnych określana jest na podstawie Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków w Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020
8. Do udziału w projekcie zakwalifikowanych zostanie łącznie 60 osób (40 kobiet, 20 mężczyzn) – liczba może ulec zmianie, jeśli będzie wynikało to z realizacji projektu.
9. Równocześnie ze wsparcia w ramach projektu może korzystać maksymalnie 20 osób
10. Pierwszeństwo udziału w Projekcie mają osoby w wieku powyżej 65 lat oraz kobiety. Projekt zakłada ponad 50 % udział osób w DDOM w wieku powyżej 65 lat
11. Osoby spełniające kryteria określone w ust. 11 otrzymywać będą dodatkowe punkty, według następującej punktacji:
  - a) kobieta – 1 punkt;
  - b) Osoba po 65 roku życia - 1 pkt
  - c) Osoby, które zostaną uznane przez Komisję lub lekarza rehabilitacji medycznej jako najbardziej potrzebujące pomocy – 1-5 pkt
12. Kryterium bezwzględny kwalifikacji do Dziennego Domu Opieki Medycznej jest osiągnięcie 40-65 punktów skali Barthel.
13. Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM **ze wsparcia wyłączone są osoby:**
  - a) 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 do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień)
  - b) korzystające z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

### § 3

#### Kryteria uczestnictwa w projekcie

1. Uczestnikami projektu mogą być pacjenci, którzy spełniają wymagania, o których mowa w § 2 oraz którzy złożą wymagane dokumenty określone w § 3, zapoznają się z zapisami niniejszego Regulaminu, zostaną zakwalifikowani do udziału w projekcie i podpiszą umowę wsparcia;
2. Wzory wymaganych dokumentów są dostępne na stronie internetowej Organizatora [www.sanvita.pl](http://www.sanvita.pl) w zakładce DDOM oraz w biurze DDOM Sanvita w Knurowie
3. Wykaz wymaganych dokumentów:
  - a) Formularz zgłoszeniowy,
  - b) Deklaracja uczestnictwa,
  - c) Skierowanie do DDOM,
  - d) Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM (ocena wg skali Barthel),
  - e) Dokumentu tożsamości do wglądu,
  - f) Kopię wypisu ze szpitala z ostatnich 12 m-cy jeżeli taki jest oraz inną dokumentację medyczną pacjenta (oryginały do wglądu),
  - g) Oświadczenie o posiadaniu prawa 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 2018r., poz. 1510, z późn.zm),
  - h) Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług DDOM,
  - i) oświadczenie lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu (jeśli dotyczy),
  - j) Regulamin podpisany przez pacjenta
  - k) Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych



- l) Zaświadczenie o sytuacji materialnej (jeśli dotyczy)
  - ł) Inne dokumenty, mogące mieć znaczenie w procesie rekrutacyjnym
4. Skierowanie wraz z Kartą oceny stanu klinicznego pacjenta (skala Barthel) do Dziennego Domu Opieki Medycznej wypełnia i wydaje:
    - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarz POZ lub specjalista pod opieką którego pozostaje pacjent;
    - w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.
  5. Uczestnik podpisując Deklarację uczestnictwa potwierdza, iż został pouczony o odpowiedzialności cywilnej i karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w dokumentach składanych na potrzeby Projektu.
  6. Załączniki mogą zostać zmienione bez konieczności wprowadzania zmian do niniejszego Regulaminu w przypadku zmian w dokumentach określających ich treść publikowanych przez Instytucję Zarządzającą.

## § 4

### Zasady kwalifikacji Uczestników

1. Dokumenty rekrutacyjne, o których mowa w § 3 należy składać w wersji papierowej, w biurze DDOM Sanvita, pod adresem ul. Kazimierza Wielkiego 13, 44-194 Knurów, w celu zarejestrowania w kolejce oczekujących. Istnieje również możliwość przesłania dokumentów drogą pocztową, z dopiskiem „Rekrutacja Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” lub drogą mailową na adres [biuro@sanvita.pl](mailto:biuro@sanvita.pl)
2. Terminem złożenia dokumentów i ich rejestracji w kolejce oczekujących jest data ich wpływu do siedziby DDOM Sanvita w Knurowie.
3. Kwalifikacja Uczestników dokonywana jest przez Komisję Rekrutacyjną, w skład której wchodzi pielęgniarka oraz lekarz rehabilitacji medycznej przy ewentualnym wsparciu merytorycznym pozostałych członków zespołu.
4. Termin i czas rekrutacji zostanie dostosowany do potrzeb realizacji projektu.
5. Komisja Rekrutacyjna dokonuje kwalifikacji Uczestników biorąc pod uwagę:
  - a) kompletność i poprawność formalną dokumentów wymienionych w § 3;
  - b) spełnienie wymogów określonych dla uczestników projektu w § 2;
  - c) liczbę punktów uzyskanych za spełnianie strategicznych kryteriów grupy docelowej określonych w § 2;
  - d) liczbę punktów uzyskanych w wyniku rozmowy kwalifikacyjnej prowadzonej przez Komisję Rekrutacyjną, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej i innej, w zależności od potrzeb wymienionych w § 3 : 1-5 pkt.
6. Komisja Rekrutacyjna ma prawo wezwać pacjenta na wizytę kwalifikacyjną celem weryfikacji słuszności skierowania pacjenta do pobytu w DDOM lub zgłosić potrzebę przedstawienia dodatkowych wyników badań pacjenta. Nie wywiązanie się z powyższego będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia. Komisja nie zwraca dokumentów które zostały odrzucone.
7. W przypadku uzyskania przez kilka osób takiej samej liczby punktów, kwalifikacja odbywa się na podstawie priorytetów opisanych w § 2 oraz decydować będzie kolejność zgłoszeń, przy czym decydująca będzie data wpływu podpisanych dokumentów w wersji papierowej do biura projektu.
8. Rekrutacja odbywa się z uwzględnieniem zasady równości szans i niedyskryminacji.
9. Na podstawie prac Komisji Rekrutacyjnej zostaną stworzone podstawowe listy rankingowe osób zakwalifikowanych do udziału w projekcie. Osoby z listy rezerwowej będą kwalifikowane w przypadku rezygnacji osób z listy podstawowej zgodnie z kolejnością na liście. Osoby z list rezerwowych otrzymają wsparcie dotychczas niewykorzystane przez osobę, którą zastąpiły.
10. Z prac Komisji Rekrutacyjnych sporządzone zostaną protokoły.



11. O decyzjach Komisji Rekrutacyjnych zakwalifikowani do projektu Uczestnicy zostaną poinformowani telefonicznie na numer telefonu do kontaktu wskazany w Formularzu zgłoszeniowym lub za pomocą poczty tradycyjnej lub elektronicznej. Osoby, które w formularzach rekrutacyjnych nie podały powyższych danych o wynikach rekrutacji mogą otrzymać i indywidualnie informacje w biurze DDOM.

12. Z Uczestnikami projektu zawarte zostaną umowy, których ramowy wzór określony jest w załączniku do niniejszego Regulaminu, nie później niż 1-ego dnia pobytu, przed rozpoczęciem wsparcia.

## § 5

### Zakres wsparcia

1. Uczestnicy projektu będą mieli możliwość skorzystania przede wszystkim z następujących form wsparcia:
  - a) przeprowadzeniu dla uczestników powyżej 65 roku życia Całościowej Oceny Geriatrycznej, a dla osób zależnych poniżej 65 roku przeprowadzeniu wielowymiarowej, pogłębionej diagnozy stanu psychofizycznego, na podstawie której zostanie opracowany indywidualny plan wsparcia dla każdego uczestnika projektu.
  - b) konsultacje lekarza rehabilitacji medycznej,
  - c) konsultacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza internisty),
  - d) konsultacje lekarza z dziedziny rehabilitacji medycznej,
  - e) konsultacje lekarza geriatry (dla pacjentów po 65 roku życia),
  - f) opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
  - g) rehabilitacja z fizjoterapeutami, w tym kinezyterapia, zabiegi fizykoterapeutyczne, dobór zaopatrzenia rehabilitacyjnego
  - h) opieka opiekuna medyczna,
  - i) zajęcia z terapeutą zajęciowym ukierunkowana na eliminację zaburzeń funkcjonalnych
  - j) konsultacje dietetyka z uwzględnieniem chorób pacjenta,
  - k) konsultacje logopedy w razie dysfunkcji mowy
  - l) konsultacje psychologa/ psychoterapeuty w zależności od potrzeb, ukierunkowana na motywację i wsparcie pacjenta i rodziny
  - m) przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne)

2. Dodatkowo pacjenci mają zapewnione:

- dwudaniowy obiad dla każdego Uczestnika Projektu przebywającego w DDOM
- herbata, woda w ciągu dnia
- w razie potrzeby i możliwości realizacyjnych Organizatora bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM i powrót do miejsca zamieszkania
- badania diagnostyczne i konsultacyjne innych lekarzy specjalistów nie będących bezpośrednimi członkami zespołu terapeutycznego w zależności od stanu klinicznego pacjenta
- konsultacje z pielęgniarką środowiskową w razie konieczności

3. Uczestnik projektu ma prawo do korzystania z wszystkich powyższych form świadczeń w zależności od stanu klinicznego, zgodnie z indywidualnym planem terapii ustalany na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji i stwierdzonych dysfunkcji. Plan terapii będzie modyfikowany na bieżąco przez zespół terapeutyczny.

## § 6

### Zasady korzystania ze wsparcia

1. Za korzystanie ze świadczeń Dziennego Domu Opieki Medycznej Uczestnik projektu nie ponosi żadnych kosztów. Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. W ciągu trzech pierwszych dni Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (zwany dalej WZT) dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej. Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny

WZT 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 WZT podejmuje decyzje o kontynuacji pobytu pacjenta w Dziennym Domu Opieki Medycznej na kolejny okres lub dokonuje ponownej oceny stanu pacjenta w celu sporządzenia wypisu, co jest tożsame z zakończeniem pobytu w DDOM;

3. Czas trwania pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) będzie ustalany indywidualnie przez WZT i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych z uwzględnieniem zapisów ust. 2;
4. Pobyt może zostać skrócony z założonych minimum 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);
5. W pierwszym miesiącu pacjenci przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 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 zobowiązany jest do korzystania ze świadczeń w ramach projektu w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy uczestników. Codzienna obecność pacjenta w DDOM potwierdzana jest poprzez podpis pacjenta lub jego opiekuna lub osoby upoważnionej przez pacjenta na liście obecności.
7. W wyjątkowych sytuacjach w przypadku nieobecności należy powiadomić pielęgniarkę pełniącą funkcję kierownika oraz przedstawić dokument wyjaśniający nieobecność;
8. Maksymalna absencja uczestników w projekcie wynosi 20%. Każda nieobecność powyżej 20% powinna zostać pisemnie usprawiedliwiona przedstawieniem pisemnego zaświadczenia z urzędu/instytucji potwierdzającego, że nieobecność była wynikiem działania siły wyższej, zdarzenia niezależnego od Uczestnika Projektu.
9. Uczestnik może zostać w trybie natychmiastowym wykluczony z uczestnictwa, z rozwiązaniem umowy, z winy Uczestnika projektu (złożenie fałszywych oświadczeń wykryte po podpisaniu umowy; nieusprawiedliwiona nieobecność jak w pkt powyższych, przybycie do DDOM pod wpływem alkoholu; agresywne zachowanie wobec innych uczestników projektu lub personelu nie wynikające z jednostki chorobowej)
10. W przypadku zakończenia przez Uczestnika projektu udziału w projekcie z przyczyn wymienionych w § 6 do DDOM zostaną przyjęte kolejne osoby z aktualnej listy rezerwowej (po podpisaniu umowy).

## § 7

### Zasady monitoringu Uczestników

1. W ramach realizacji projektu prowadzony jest bieżący monitoring działań zaplanowanych w projekcie.
2. Uczestnicy projektu oraz ich rodzina i opiekunowie są zobowiązani do współdziałania z pracownikami projektu w zakresie wszelkich działań podejmowanych dla potrzeb monitorowania projektu.
3. Na potrzeby ewaluacji projektu Uczestnicy zobowiązani są w szczególności do:
  - 1) wypełniania ankiet początkowej i końcowej,
  - 2) poddawania się konsultacjom, zabiegom, badaniom przeprowadzanym w ramach projektu,
  - 3) realizacji bądź przestrzegania zaleceń opracowanych przez członków zespołu terapeutycznego na terenie DDOM i w domu pacjenta oraz po zakończeniu pobytu celem podtrzymania uzyskanych efektów terapii
4. Uczestnik na potrzeby monitorowania projektu zobowiązany jest w szczególności do:

- 1) informowania o wszelkich zmianach w danych podanych w dokumentacji rekrutacyjnej w ciągu 7 dni od ich powstania,
- 2) potwierdzenia odbioru otrzymywanego wsparcia własnoręcznym podpisem (m.in. listy obecności, listy odbioru świadczeń),
- 3) wzięcia udziału w badaniach ankietowych, które mogą zostać przeprowadzone na wybranej grupie beneficjentów ostatecznych projektu, o którym mowa w § 1 ust. 1, po zakończeniu realizacji projektu przez Instytucję Zarządzającą lub przez podmiot zewnętrzny na zlecenie Instytucji Zarządzającej, w celu oceny efektywności wsparcia udzielanego z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

## § 8

### Obowiązki Uczestników

1. Uczestnicy posiadają następujące obowiązki:
  - a) Przestrzeganie niniejszego Regulaminu.
  - b) Uczestnictwa we wszelkich wsparcia oferowanych w ramach realizacji projektu, a w szczególności uczestnictwa w zajęciach, formach wsparcia w ramach opracowanego Indywidualnego Planu Wsparcia w zajęciach w pełnym zakresie przewidzianym w programie.
  - c) Wypełniania ankiet ewaluacyjnych w trakcie trwania Projektu oraz po jego zakończeniu,
  - d) Udostępnienia danych osobowych niezbędnych do realizacji projektu potrzebnych do prowadzenia sprawozdawczości, monitoringu i ewaluacji projektu,
  - e) Potwierdzania własnoręcznym podpisem korzystania ze wsparcia w ramach Projektu, każdorazowego podpisywania list obecności,
  - f) Pisemnego usprawiedliwienia nieobecności, w zakresie przewidzianym w Regulaminie.
  - g) Poddawanie się monitoringowi zgodnie z zapisami niniejszego Regulaminu.
  - h) Złożenia pisemnego oświadczenia w przypadku rezygnacji z udziału w projekcie.

## § 9

### Zasady rezygnacji z uczestnictwa w projekcie

1. Rezygnacja z udziału w projekcie możliwa jest tylko w uzasadnionych przypadkach i następuje poprzez złożenie pisemnego oświadczenia.
2. Uzasadnione przypadki, o których mowa w pkt. 1 niniejszego paragrafu mogą wynikać z przyczyn natury zdrowotnej lub działania siły wyższej i z zasady nie mogą być znane przez Uczestnika w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.
3. Projektodawca zastrzega sobie prawo do skreślenia Uczestnika z listy uczestników projektu w przypadku naruszenia przez niego niniejszego Regulaminu oraz zasad współżycia społecznego w szczególności w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej innego uczestnika, pracownika projektu, udowodnionego aktu kradzieży lub wandalizmu, byciaa pod wpływem alkoholu lub innych niedozwolonych substancji psychoaktywnych, które nie są lekami pacjenta.
4. W sytuacji, gdy w związku z niezastosowaniem się Uczestnika Projektu do zapisów niniejszego regulaminu, Projektodawca zostanie obciążony kosztami, Projektodawcy przysługuje prawo żądania zwrotu kosztów od uczestnika, który wywołał powstanie przedmiotowych kosztów.
5. W przypadku rezygnacji lub skreślenia Uczestnika z listy osób zakwalifikowanych do projektu, jego miejsce zajmie pierwsza osoba z listy rezerwowej zgodnie z zasadami zawartymi w § 4.

## § 10

### Postanowienia końcowe

1. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez Organizatora projektu, zgodnie z celem niniejszego projektu, dokumentami programowymi Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 oraz obowiązującym prawem polskim.

2. Ostateczna interpretacja Regulaminu Projektu należy do Organizatora projektu w oparciu o wytyczne dla instytucji biorących udział we wdrażaniu Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
3. W przypadku zmiany wyżej wymienionych wytycznych Organizator projektu zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu w trakcie trwania projektu.
4. Zmiany niniejszego Regulaminu publikowane będą na stronie internetowej projektu <http://www.sanvita.pl/> niezwłocznie po ich wprowadzeniu.
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem podjęcia.
6. Sprawy nieuregulowane w Regulaminie rozstrzyga Koordynator Projektu
7. Sądem właściwym dla celów postępowania cywilnego jest Sąd w Gliwicach

**Zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.**

**Podpis Uczestnika Projektu**

.....

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita poprzez utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Knurowie* przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligon 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto: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
  - zachowania trwałości projektu
  - archiwizacji.
- 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 - BUSZKA-WIEPRZYCKA KAMILA NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM ZDROWIA SANVITA, adres: ul. Kazimierza Wielkiego 13, 44-194 Knurów.

- 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) W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU\*\***

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Ja (imię i nazwisko).....

Pesel.....

Deklaruję chęć przystąpienia do Projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej Sanvita” i tym samym składam następujące oświadczenia:

**Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej**

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,

**Oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

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.).

.....  
DATA CZYTELNY PODPIS PACJENTA

## 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 Sanvita 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.

.....  
DATA CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA