

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO REGULAMINU

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOTYCZĄCY SYTUACJI OSOBY CHOREJ WEDŁUG KRYTERIÓW REGULAMINU

do projektu „Rozwój opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w powiecie pszczyńskim”
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

Prosimy uzupełnić czytelnie lub komputerowo, wstawić znak „x” w wybrane pola.

DANE OSOBY CHOREJ

	Lp.		
Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Dane podlegające ocenie punktowej	1	Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (potwierdzona właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub in. dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 3 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	2	Niepełnosprawność sprzężona (potwierdzona właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub in. dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 3 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	3	Choroby psychiczne (potwierdzona właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub in. dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 3 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	4	Niepełnosprawność intelektualna (potwierdzona właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub in. dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 3 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Dane podlegające ocenie punktowej	5	Udział w programie „Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027” (potwierdzona właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub in. dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 3 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	6	Prowadzenie 1-osobowego gospodarstwa domowego (potwierdzona właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub in. dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot, <u>albo oświadczeniem uczestnika projektu</u>) (+ 3 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	7	Prowadzenie gospodarstwa domowego z inną osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika projektu) (+ 1 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	8	Osiąganie dochodu, który nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (weryfikowane na podstawie oświadczenia lub dokumentów poświadczających dochód) (+ 1 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	9	Odległość zamieszkania od ośrodka Podstawowej Opieki Zdrowotnej przekracza 7 km (weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika projektu) (+ 1 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	10	Doświadczanie wykluczenia komunikacyjnego (weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika projektu) (+ 1 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Dane podlegające ocenie punktowej	11	Opiekun faktyczny pracuje w pełnym wymiarze godzin (weryfikowane na podstawie oświadczenia uczestnika projektu) (+ 1 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	12	ocena wg skali Barthel poniżej 50 pkt (na podstawie zaświadcz. lekarskiego – zał. 5 do regulaminu) (+ 1 pkt)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	SUMA PUNKTÓW:		

Upředzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

Powyższe dane potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis osoby chorej)

