



Załącznik nr 1 do „Regulaminu rekrutacji i udziału w Dziennym Domu Opieki Medycznej prowadzonym w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w Dziennym Domu Opieki Medycznej prowadzonym w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia”.

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego do udziału w DDOM (wypełnia kadra projektu)		
Data wpływu formularza zgłoszeniowego	Godzina	Numer rekrutacyjny
Potwierdzam weryfikację tożsamości/ wieku/obywatelstwa Kandydatki/Kandydata na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości		
..... podpis osoby przyjmującej formularz		

I CZĘŚĆ – DANE KANDYDATKI/KANDYDATA (wypełnić czytelnie w języku polskim, w miejscach wyboru zaznaczyć **X**)

I. PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE			
Imię:		Nazwisko:	
Płeć: (zaznacz „X”)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek (w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego)	
Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
PESEL:	<input type="checkbox"/> Brak PESEL		
Obywatelstwo:			
Numer telefonu:			
E-mail:			



II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
Kraj:			
III. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):			
Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
IV. WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)			
<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)			
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)			
<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)			
V. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)			
OSOBA BEZROBOTNA W TYM:			
- osoba długotrwale bezrobotna (w okresie dłuższym niż 12 miesięcy)			
- inne			
OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO, W TYM:			



- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
- osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	
- inne	

OSOBA PRACUJĄCA, W TYM:

<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	<input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> Inne

VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOT. KANDYDATKI/ KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

1. Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Obywatel państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5. Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



II CZĘŚĆ – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

VII. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że:

1. Jestem osobą zamieszkującą na obszarze miasta Łodzi.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (oświadczenie weryfikowane na podstawie oceny funkcjonowania wg skali Barthel).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Mam 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 2025 r. Nr 1461, t.j), (oświadczenie weryfikowane w systemie EWUŚ).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Jestem osobą (jedno z poniższych): a) bezpośrednio po przebytej hospitalizacji (oświadczenie weryfikowane na podstawie wypisu ze szpitala lub skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu); b) u której w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego (oświadczenie weryfikowane na podstawie wypisu ze szpitala lub skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu); c) u której występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie (oświadczenie weryfikowane na podstawie skierowania do DDOM wypełnianego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego);	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



d) której stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym (oświadczenie weryfikowane na podstawie skierowania do DDOM wypełnianego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego).		
--	--	--

VIII. KRYTERIA PREMIUJĄCE (Proszę zaznaczyć **X** jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem:

Kobietą	
Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z niepełnosprawnością intelektualną (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z chorobami psychicznymi (należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju rozumianymi zgodnie z ICD10 (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
Osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (należy przedłożyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)	
Osobą samotnie zamieszkującą	
W wieku powyżej 65 roku życia	



III CZĘŚĆ – SZCZEGÓLNE POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI

Czy potrzebuję Pan/Pani wsparcia w zakresie dostępności podczas udziału w Projekcie?

- Nie - nie potrzebuję dodatkowego wsparcia.
- Tak - proszę wskazać oczekiwane formy wsparcia poniżej:

.....

.....

.....

Czy ma Pani/ Pan specjalne potrzeby żywieniowe? (należy wypełnić, jeśli dotyczy)

.....

.....

.....

IV CZĘŚĆ – INFORMACJE O OPIEKUNIE FAKTYCZNYM (należy wypełnić, jeśli posiada Pani/Pan opiekuna faktycznego)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że moim opiekunem faktycznym jest Pani/ Pan:

.....,

której/którego załączam do niniejszego formularza.

V CZĘŚĆ – OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że (proszę zaznaczyć „X” właściwą odpowiedź)

- nie korzystałam/ nie korzystałem i nie korzystam
- korzystałam/ korzystałem lub korzystam

z innych form wsparcia oferowanych w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia” tj. Klubu Seniora, Klubu Seniora Rzgowska (CZAS) lub wsparcia opiekunów faktycznych w postaci szkoleń grupowych i indywidualnych konsultacji psychologicznych.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik do formularza zgłoszeniowego:

1. Skierowanie do DDOM
2. Ocena funkcjonowania codziennego wg. skali Barthel
3. Deklaracja uczestnictwa
4. Dane i zgoda opiekuna faktycznego - kontakt
5. Oświadczenie opiekuna faktycznego - wsparcie towarzyszące Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
6. Zaświadczenie lekarskie (jeśli dotyczy)
7. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu z FE PŻ (jeśli dotyczy)