

Zarządzenie nr 02/09/2020  
Prezesa Fundacji Dom Seniora im. Se Ryder w Pierzchnicy  
z dnia 30.09.2020

w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Organizacyjnego Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy

Na podstawie §20 ust.1 Statutu Fundacji zarządzam, co następuje:

**§1**

1.Zatwierdzam Regulamin Organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy, opracowany na potrzeby realizacji projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy, finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych, realizowany na podstawie umowy RPSW.09.02.09-26-0005/20-00.

**§2**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem powzięcia.

PREZES ZARZĄDU

  
.....Mistrz Zatorski.....

Prezes Zarządu

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Prezesa  
nr2/9/2020 z dnia 30.09.2020r.

# REGULAMIN ORGANIZACYJNY DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY

## §1 PRZEPISY OGÓLNE

Regulamin organizacyjny Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy, zwany dalej "Regulaminem" określa szczegółowe zasady organizacji i funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej (zwanego dalej DDOM) utworzonego przez Fundację „Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy” w partnerstwie z Fundacją Gospodarczą św. Brata Alberta, a także zasady i warunki korzystania z DDOM.

**Definicje używane w ramach niniejszego Regulaminu każdorazowo oznaczają:**

1. **Deinstytucjonalizacja** opieki zdrowotnej - są to wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży.
2. **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** - jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.
3. **Indywidualny Plan Wsparcia/Indywidualny Plan Terapii** – plan pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany.
4. **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** – wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych.
5. **Uczestnik/pacjent DDOM (UP)** – osoba korzystająca ze świadczeń udzielanych przez DDOM, w tym ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, która podpisała Deklarację uczestnictwa w Projekcie
6. **Pobyt w dziennym domu opieki medycznej** – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej.
7. **Usługa zdrowotna** – każde świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej.

9. **Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT)** – zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do dziennego domu opieki medycznej.
10. **Standard DDOM** – dokument pn. „Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania” przyjęty Uchwałą Nr 49/2017/XIV Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 19 września 2017 roku.
11. **Projekt** – Projekt pn. „*Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy*”, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa: współfinansowanego ze Środków Funduszu Społecznego, Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych; Poddziałanie 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych, na podstawie umowy o dofinansowanie RPSW.09.02.03-26-0005/20-00 z dnia 27 lipca 2020 r. W ramach ww. Projektu został utworzony i funkcjonuje Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM) w Pierzchnicy.
12. **Beneficjent** – Fundacja „Dom Seniora im. Sue Ryder” w Pierzchnicy, 26-015 Pierzchnica ul. Szkolna 36
13. **Partner** – Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta, 25-725 Kielce, ul. Sienna 5
14. **Osoba niesamodzielną** – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę m.in. czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków; przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie; utrzymywanie higieny osobistej; korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych.; mycie, kąpiel całego ciała; poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie. Za osobę niesamodzielną uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu.

## § 2 ZAKRES DZIAŁANIA

1. DDOM ma siedzibę w placówce Fundacji „Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy-przy ul. Szkolnej 36 w Pierzchnicy na I piętrze budynku,
2. Podstawową funkcją DDOM jest zapewnienie dziennej opieki medycznej w zakresie świadczeń geriatrycznych, pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuację leczenia w ramach DDOM dla osób niesamodzielnymi, w szczególności powyżej 65 roku życia.
3. Głównym celem projektu jest deinstytucjonalizacja opieki nad osobami niezależnymi, poprzez rozwój systemu świadczeń zdrowotnych dla osób niesamodzielnymi, w tym osób starszych
4. W DDOM zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

5. DDOM działa na podstawie:

- Standardu DDOM,
- Regulaminu Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy.

5. Adres strony internetowej Projektu, w związku z którego realizacją został utworzony:

<https://sueryder-pierzchnica.pl/dzienny-dom-opieki-medycznej/>

### **§ 3 ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM**

1. DDOM będzie funkcjonował od stycznia 2021 do grudnia 2022 r.
2. DDOM będzie funkcjonował przez cały rok, we wszystkie dni robocze, od poniedziałku do piątku, ok. 8h dziennie, maksymalnie 10 godzin dziennie, tj. w przedziale czasowym od godziny 7.00-16.00.
3. DDOM dysponuje 15 zdeinstytucjonalizowanymi miejscami opieki medycznej.
4. Opieka zdrowotna świadczona przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT), o którym mowa w § 5.
5. Usługi świadczone przez DDOM są dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego Uczestnika Projektu z uwzględnieniem adekwatnej do potrzeb opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej, itp.
6. DDOM podlega bezpośrednio Prezesowi Fundacji „Dom Seniora im.Sue Ryder w Pierzchnicy, który odpowiada za podejmowanie kluczowych decyzji oraz podpisywanie umów w ramach Projektu. Koordynator Projektu (KP) oraz Kierownik Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy (KDDOM) są odpowiedzialni za prawidłową realizację Projektu i odpowiadają bezpośrednio przed Prezesem Fundacji. Po stronie Partnera powołana jest osoba odpowiedzialna za rekrutację Uczestników Projektu Personel DDOM. Kierownik zespołu terapeutycznego (KZT) podlega Kierownikowi Dziennego Domu Opieki Medycznej (KDDOM). KDDOM decyduje o codziennym funkcjonowaniu DDOM i podlega mu kadra merytoryczna Projektu.

### **§ 4 OSOBY KORZYSTAJACE ZE WSPARCIA W DDOM**

1. Wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w tym niepełnosprawnych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności osób powyżej 65 roku życia, zamieszkujących teren powiatu kieleckiego ( z wyłączeniem miasta Kielce) , 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 pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej 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 skala poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

2. Podstawowe cele kwalifikowania uczestników projektu do domu opieki medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie uczestnika projektu i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.
3. W DDOM będzie mogło przebywać równocześnie maksymalnie 15 UP. Czas trwania pobytu w DDOM będzie nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.
4. Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych 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).

### **§ 5 REKRUTACJA DO PROJEKTU DDOM**

1. Rekrutacja będzie miała charakter otwarty, ciągły, odbywać się będzie na zasadzie powszechnej dostępności, w sposób bezstronny z poszanowaniem zasad równości dostępu do świadczeń bez względu na płeć, niepełnosprawność, status społeczny, wykształcenie, rasę czy pochodzenie. Proces rekrutacji będzie zgodny z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn.
2. Rekrutacja Uczestników Projektu zostanie poprzedzona akcją informacyjno-promocyjną. W ramach tych działań będą zamieszczone informacje na lokalnej stronie internetowej Fundacji Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy: [sueryder-pierzchnica.pl](http://sueryder-pierzchnica.pl) oraz w miejscach ogólnodostępnych. Informacje o realizacji projektu będą przekazane do jednostek publicznych, GOPS-ów z terenu powiatu kieleckiego
3. Pierwszy proces rekrutacji rozpocznie się od 01.10.2020r.- 31.12.2020r, następnie będzie ona prowadzona co kwartał. Zgłoszenia wprowadzane będą według daty ich wpływu do rejestru utworzonego dla potrzeb prawidłowego procesu rekrutacji.
4. Osoby chcące brać udział w projekcie powinny spełniać poniższe kryteria przyjęcia :

#### **Formalne (F):**

- osoby zamieszkujące woj. świętokrzyskie, teren powiatu kieleckiego z wyłączeniem miasta Kielce,
- osoby bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmoczonej opieki pielęgnarskiej, 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  
**lub**

osoby niesamodzielnej lub osoby, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie

**lub**

którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

**Merytoryczne (M) dodatkowo punktowane :**

- osoby niesamodzielne, które w ocenie skali samodzielności Barthel otrzymały od 40 do 65 pkt , w tym
  - ❖ 40-45 punktów( 10 pkt)
  - ❖ 46-55pkt ( 5pkt),
  - ❖ 56-65 pkt ( 2 pkt.)
- osoby, przebywające w ostatnim czasie w szpitalu(punkty przyznawane będą za 1 przypadek)
  - ❖ pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 2 m-cy (10 pkt)
  - ❖ pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 3-6 m-cy (5 pkt)
  - ❖ pobyt w szpitalu w ciągu ostatnich 7-12 m-cy (2 pkt)
- osoby powyżej 65 r.ż. (30 pkt.)
- osoby ze stwierdzonym stopniem niepełnosprawności: lekkim, umiarkowanym i znacznym (10 pkt)

5. Po zakończeniu rekrutacji zostanie utworzona lista rankingowa i lista rezerwowa:

- a) w przypadku takiej samej ilości punktów znaczenie będzie miał termin wpływu Deklaracji uczestnictwa;
- b) w przypadku błędów formalnych w zgłoszonych dokumentach, kandydat zostanie telefonicznie lub e-mailowo poproszony o uzupełnienie braków w ciągu 2 dni roboczych. Nie złożenie uzupełnień w terminie powoduje skreślenie zgłaszającego się z listy, a na jego miejsce zostanie przyjęta pierwsza osoba z listy rezerwowej;
- c) złożone dokumenty zgłoszeniowe będą na bieżąco weryfikowane, a potencjalni uczestnicy będą niezwłocznie informowani o wyniku weryfikacji i ewentualnej konieczności poprawienia lub uzupełnienia dokumentów;
- d) na podstawie dostarczonych w wymaganym terminie dokumentów, Partner i Beneficjent projektu ostatecznie kwalifikuje uczestników do DDOM: 15 osób;
- e) osoby, które złożą komplet dokumentów rekrutacyjnych w wyznaczonym terminie, spełniają kryteria rekrutacyjne oraz uzyskają największą liczbę punktów, znajdą się na liście podstawowej;
- f) osoby, które złożą komplet dokumentów rekrutacyjnych w wyznaczonym terminie, spełniają kryteria rekrutacyjne i nie uzyskają odpowiedniej ilości punktów, dostaną się na listę rezerwową;

- g) po weryfikacji dokumentów uczestników, osoby zakwalifikowane do udziału w DDOM otrzymują telefoniczną informację o miejscu i terminie rozpoczęcia wsparcia w DDOM;
- h) w przypadku rezygnacji lub wykreślenia uczestnika, znajdującego się na liście podstawowej, osoby znajdujące się kolejno na liście rezerwowej, otrzymują propozycję pobytu w DDOM.
6. O wpisaniu na listę uczestników Projektu decyduje zespół rekrutacyjny w składzie: Przedstawiciel Partnera (PP), Kierownik DDOM, Koordynator Projektu (KP) po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów.
7. Wszelkie dane osobowe przekazane Fundacji Dom Seniora im.Sue Ryder w Pierzchnicy w procesie rekrutacji i w trakcie trwania projektu są chronione prawem i wykorzystywane jedynie w celach realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Złożone dokumenty rekrutacyjne nie podlegają zwrotowi
8. Okres przewidzianego wsparcia w ramach projektu dla Uczestników: **styczeń 2021-grudzień 2022r.**

#### **§ 6. PERSONEL DDOM**

1. Opieka dla Uczestników Projektu DDOM realizowana będzie przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny w składzie:
- a) **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego** – 10 godz./mies. -zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika projektu
  - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg NYHA),
  - przeprowadzenie kontroli stanu zdrowia uczestników projektu, wykonywanie COG
  - nadzór nad przebiegiem leczenia,
  - kontrola efektywności procesu leczenia,
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).
- b) **Lekarz specjalista w dziedzinie geriatrici** - 10 godz./mies. -zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb uczestnika projektu,
  - przeprowadzenie konsultacji stanu zdrowia uczestników projektu przy przyjęciu i przed wypisaniem UP, w razie potrzeb udział w wykonywaniu COG
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).
- c) **lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej** - 10 godz./mies. -zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem uczestnika projektu oraz w razie potrzeby,
  - badanie uczestnika projektu pod kątem sprawności fizycznej, w tym ruchowej,



- w razie potrzeb udział w wykonywaniu COG
  - opracowanie Indywidualnych Planów Terapii w zakresie rehabilitacji,
  - kontrola efektywności procesu fizjoterapii,
- d) **pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego** -sprawującego opiekę nad uczestnikiem projektu -100 godz./mies.-- zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- uczestnictwo w przyjęciu uczestnika projektu,
  - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania,
  - koordynacja prac zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad uczestnikiem projektu,
  - określenie i planowanie zapotrzebowania na kompleksowej opieki pielęgniarskiej,
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).
  - wykonywanie zleconych zabiegów i zaleceń lekarskich,
  - dokumentacja wykonywanych zabiegów lekarskich,
  - utrzymywanie niezbędnej bazy medycznej
  - współpracowanie z pozostałymi członkami zespołu,
  - udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb UP
- e) **pielęgniarka** – 236 godz/mies. -zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- przeprowadzenie oceny czynnościowej (wg skali Lawtona),
  - przeprowadzenie oceny fizycznej, ocena równowagi, chodu oraz ryzyka upadków (wg skali Tinetti),
  - wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych,
  - przygotowywanie i aktywizowanie UP do samoopieki i samopielęgnacji,
  - wykonywanie podstawowych pomiarów życiowych.
- f) **fizjoterapeuta/rehabilitant** - -1 etat-zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- przeprowadzenie oceny fizycznej, ocena równowagi, chodu oraz ryzyka upadków (wg skali Tinetti),
  - rehabilitacja fiz. i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu UP,
  - wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych i zaleceń lekarskich,
  - dokumentacja wykonywanych zabiegów lekarskich,
  - udzielanie instruktażu opiekunom faktycznym z zakresu ćwiczeń usprawniających UP, dokumentacja wykonywanych zabiegów lekarskich,
  - prowadzenie zajęć usprawniających grupowych i indywidualnych,
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT),
  - wykonywanie COG
  - udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb UP.
- g) **opiekun medyczny** - -1 etat-zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- pomoc UP w utrzymaniu higieny,
  - wdrażanie i podtrzymywanie nawyków higienicznych,
  - zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku,
  - pomoc przy dowozach i odwozach,

- nadzór i pomoc przy posiłkach,
  - toaleta przeciwoleżynowa,
  - pomoc w przygotowaniu UP do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę,
  - asystowanie pielęgnowaniu podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstwa,
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).
- h) **terapeuta zajęciowy** -1 etat- zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- przeprowadzenie oceny czynnościowej (wg skali Lawtona),
  - planowanie i prowadzenie pracy indywidualnej i grupowej, w tym zajęć z arteterapii: decoupage, szydełkowanie, tworzenie ozdób okazjonalnych itp.; muzykoterapii, biblioterapii, itp.
  - organizowanie w ramach terapii zajęć tematycznych, itp.,
  - wsparcie udzielane 8 godzin dziennie,
  - udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb UP,
  - opracowanie wraz z zespołem terapeutycznym Indywidualnego Planu Terapii (IPT).
- i) **psycholog lub psychoterapeuta** – 40 godz/mies.- zakres obowiązków obejmuje w szczególności:
- ocena stanu umysłowego UP (wg skali depresji Hamiltona, HAM-D; w przypadku UP 65+ (wg skali Folsteina MMSE),
  - ocena stanu emocjonalnego u UP 65+ (wg skali GDS),
  - udzielanie świadczeń w zależności od potrzeb UP i/lub opiekuna faktycznego (nie mniej niż 10h tyg.) / zajęcia grupowe.
2. Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny przeprowadza cotygodniowe narady w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii.
- a) Termin spotkania wyznacza każdorazowo Kierownik zespołu.
- b) W cotygodniowych naradach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu.
- c) W uzasadnionych przypadkach Zespół może nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania UP w zakresie wsparcia socjalno-bytowego UP i jego opiekunów.
3. Zadania realizowane przez Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny (WZT) obejmują m.in.:
- ustalenie czasu trwania pobytu w DDOM dla każdego UP,
  - dokonanie oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów (najpóźniej w trzecim dniu przyjęcia UP),
  - dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonanie całościowej oceny geriatrycznej (COG), poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13,
  - przygotowanie na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny indywidualnego planu terapii, określającego m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii,

- dokonywanie oceny rezultatów podjętych działań, w razie potrzeby modyfikowanie przyjętego planu działania, decydowanie o dalszym sprawowaniu opieki lub o wypisaniu uczestnika z programu (na koniec każdego miesiąca),
  - dokonywanie ponownej oceny stanu zdrowia przed wypisaniem UP, a w uzasadnionych przypadkach nawiązywanie współpracy z pracownikiem socjalnym,
  - po wypisaniu UP prowadzenie działań stymulujących UP do samodzielnej pracy oraz monitorujących stan UP po opuszczeniu dziennego domu opieki medycznej.
4. Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny prowadzi dokumentację realizowanych działań. Osobą odpowiedzialną za dokumentację medyczną jest Kierownik Zespołu Terapeutycznego.

### **§ 7 CZAS TRWANIA POBYTU UCZESTNIKÓW PROJEKTU W DDOM**

1. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej będzie ustalany indywidualnie przez WZT i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji UP oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).
2. W miarę możliwości w pierwszym miesiącu pacjenci będą przebywali w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez ok. 8 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego UP jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.
3. Godziny i dni pobytu w DDOM mogą zostać uelastycznione w zależności od potrzeb zdrowotnych UP.

### **§ 8 ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Dzienny dom opieki medycznej zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych.
2. Kierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej odbywa się na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel), stanowiących załączniki do Deklaracji Uczestnictwa w Dziennym Domu Opieki Medycznej

Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej wydaje:

- lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;

- w przypadku UP bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.

3. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja UP dotycząca samoopieki i samo pielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- wsparcie psychologiczne;
- przygotowanie rodziny i opiekunów UP do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

4. Dodatkowo w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się UP niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez WZT uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.

5. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej UP przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone będą zajęcia dodatkowe w tym terapia zajęciowa, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM i powrót do miejsca zamieszkania. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu UP do transportu.

6. Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w DDOM:

**a) najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta**

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Zastosowanie określonych i wskazanych poniżej narzędzi do oceny stanu zdrowia pacjenta jest zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana jest całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

**w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:**

- **ocenę czynnościową** – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie jest wykonywane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
- **ocenę fizyczną:**

- stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie jest wykonywane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
- równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania są wykonywane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie jest wykonywane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania; ocena jest wykonywana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;

➤ **ocenę stanu umysłowego**

- określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie jest wykonywane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

*w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:*

- **ocenę czynnościową** – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie jest wykonywane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;

➤ **ocenę fizyczną:**

- stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie jest wykonywane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
- równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania są wykonywane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie jest wykonywane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania;

ocena jest wykonywana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;

➤ **ocenę stanu umysłowego:**

- ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie jest wykonywane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
- określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie jest wykonywane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje Indywidualny Plan Terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.

#### **b) na koniec każdego miesiąca**

Zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.

#### **c) przed wypisaniem pacjenta**

Zespół terapeutyczny dokonuje ponownej oceny stanu zdrowia. W uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel dziennego domu opieki medycznej uzna to za konieczne istnieje możliwość nawiązania współpracy z pracownikiem socjalnym. Pracownik socjalny, wykonujący swoje zadania na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc.

#### **d) po wypisaniu pacjenta**

W celu podtrzymania efektów pobytu prowadzone będą działania stymulujące pacjenta do samodzielnej pracy oraz monitorujące stan pacjentów po opuszczeniu dziennego domu opieki medycznej polegające na:

- prowadzeniu wizyt domowych (1-2) przez fizjoterapeutę, w trakcie których będzie on uczył ćwiczeń rehabilitacyjnych i udzielał porad w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w dziennym domu opieki medycznej w warunkach domowych;
- wykonywaniu rozmów telefonicznych przez personel dziennego domu opieki medycznej (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna danego pacjenta), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia;
- nawiązaniu współpracy personelu dziennego domu opieki medycznej z pielęgniarką środowiskową, która w razie zdiagnozowania potrzeby, będzie świadczyła usługi na rzecz pacjenta w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia.

7. W ramach Projektu DDOM Opiekun Uczestnika/Uczestniczki Projektu po wyrażeniu chęci skorzystania ze wsparcia oferowanego w ramach Projektu będzie mógł wziąć udział w konsultacji Uczestnika/Uczestniczki Projektu u specjalisty w/w Projektu i uzyskać poradę jak prowadzić domową rehabilitację/ćwiczenia usprawniające, terapię zajęciową, poradę psychologiczną itp. Udział Opiekuna Uczestnika/Uczestniczki Projektu w wizycie pacjenta DDOM u specjalisty projektu jest dobrowolny i bezpłatny.

## **§ 9 PRAWA I OBOWIĄZKI UCZESTNIKA PROJEKTU DDOM**

1. Wszyscy Uczestnicy projektu DDOM mają jednakowe prawa do godnego traktowania z uwzględnieniem zasady równości i poszanowania godności osobistej, zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.
2. Uczestnik projektu ma prawo do korzystania ze świadczeń udzielanych przez DDOM w godzinach dogodnych dla siebie i rodziny (w ramach godzin wskazanych w § 3 pkt. 2, oraz z uwzględnieniem zapisów § 6 pkt. 3), o czym informuje lekarza w dniu przyjęcia do DDOM.
3. Uczestnik Projektu i rodzina/ opiekun mają obowiązek informować telefonicznie o nieobecności Uczestnika/Uczestniczki Projektu. W sytuacji nieuzasadnionej nieobecności na badaniu/zabiegu personel DDOM odnotowuje nieobecność w dokumentacji UP.
4. Uczestnik Projektu ma prawo do pełnej informacji o zakresie usług udzielanych przez DDOM oraz wglądu do swojej dokumentacji medycznej.
5. Uczestnik Projektu ma prawo do korzystania z pomieszczeń przeznaczonych do wspólnego użytku: szatni, toalety dla pacjentów, łazienki, pomieszczenia jadalni, pomieszczenie terapii zajęciowej, pomieszczeń rehabilitacyjnych, gabinetów: lekarskiego, pielęgniarskiego i zabiegowego , pokój wypoczynku.
6. Korzystanie z pomieszczeń DDOM , w tym: rehabilitacyjnych i terapeutycznych odbywa się w czasie realizacji zabiegów i badań pod opieką personelu DDOM.
7. W DDOM zapewniony zostanie bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania lub zwrot kosztów dowozu uczestnika Projektu przez jego rodzinę/opiekuna. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu do transportu Uczestnika Projektu. Potrzeby w zakresie transportu należy zgłaszać dyżurnej pielęgniarce, z co najmniej 2 dniowym wyprzedzeniem.
8. Podczas pobytu w DDOM UP ma obowiązek współpracy z personelem DDOM w zakresie wykonywania zaleceń lekarskich oraz przestrzegania czystości i higieny osobistej, używania obuwia zamiennego podczas pobytu, poszanowania rzeczy materialnych wykorzystywanych podczas zajęć w DDOM oraz mienia Fundacji Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy.
9. Uczestnik projektu ma obowiązek potwierdzania swojej obecności na zajęciach w DZIENNYM DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ , podpisując listę obecności.
10. Uczestnik projektu i rodzina/ opiekun mają obowiązek dostarczyć leki zażywane przewlekle przez UP (choroby przewlekle) w oryginalnych opakowaniach z datą ważności.
11. Obowiązkiem Uczestnik Projektu jest:
  - przestrzeganie ustalonych godzin spożywania posiłków,
  - aktywne uczestniczenie w zabiegach fizjoterapeutycznych, terapii zajęciowej,
  - przestrzeganie przyjętych zasad współżycia pomiędzy Uczestnikami Projektu i personelem DDOM oraz stosowanie się do zaleceń kierownika i pozostałych pracowników DDOM,
  - przestrzeganie bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu i palenia tytoniu,
  - nieopuszczanie jednostki bez zgody personelu DDOM,

- respektowanie prawa innych Uczestników Projektu do wypoczynku.
12. W czasie pobytu w DDOM wszelkie zapytania, sugestie i uwagi należy zgłaszać Kierownikowi DDOM.
13. Usługi świadczone w DDOM w ramach Projektu mają charakter nieodpłatny.

### § 10 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Regulamin zostanie udostępniony na stronie internetowej: [sueryder-pierzchnica.pl](http://sueryder-pierzchnica.pl) i w siedzibie Biura Projektu
2. Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy zastrzega sobie prawo do zmian w niniejszym Regulaminie. Każdorazowo po zmianie Regulaminu Uczestnicy zostaną poinformowani o wprowadzonych zmianach. Zaktualizowana wersja Regulaminu zostanie udostępniona na stronie internetowej: [sueryder-pierzchnica.pl](http://sueryder-pierzchnica.pl).
3. Regulamin wchodzi w życie z dniem rozpoczęcia rekrutacji w DZIENNYM DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY tj. 01.10.2020r. i obowiązuje przez cały czas jego działalności.
4. Biuro Projektu: Fundacja Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy, tel.: 41 370 92 98, e-mail: [biuro@sueryder-pierzchnica.pl](mailto:biuro@sueryder-pierzchnica.pl).
5. Wszelkie niezbędne informacje dla uczestników projektu są dostępne na stronie internetowej: [sueryder-pierzchnica.pl](http://sueryder-pierzchnica.pl).
6. Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez Fundację Dom Seniora im. Sue Ryder w Pierzchnicy w oparciu o wytyczne dla instytucji biorących udział w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

PREZES ZARZĄDU

*Marek Zatorski*

Załączniki do Regulaminu:

- Deklaracja Uczestnictwa w „Dziennym Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy” wraz z załącznikami.



Załącznik  
do Regulaminu Organizacyjnego  
DDOM w Pierzchnicy

.....  
(data wpływu formularza)

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA  
W DZIENNYM DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY**

1. Projekt **DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY** współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi 9 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem **9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych**, na podstawie umowy o dofinansowanie nr RPSW.09.02.03-26-0005/20-00 z dnia 27 lipca 2020 r.

**INFORMACJE O KANDYDACIE**

I.	Dane osobowe	Imię/imiona	
		Nazwisko	
		Płeć	
		PESEL	
		Wiek	
II.	Adres zamieszkania	Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Kod pocztowy	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
III.	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
		E-mail	
IV.	Wykształcenie (proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji)	wyższe	
		średnie	
		zawodowe	
		podstawowe	

V.	Status uczestnika projektu z chwilą przystąpienia do projektu		TAK	NIE
		1. Osoba należąca do mniejszości narodowych lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		
		2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
		3. Osoba posiadająca stopień niepełnosprawności		
		4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)		
VI	Dane członka rodziny (do kontaktu) osoby ubiegającej się o zakwalifikowanie do udziału w projekcie	Imię i nazwisko:		
		Adres:		
		Stopień pokrewieństwa:		
		Telefon kontaktowy:		
		Adres e-mail:		

1. Deklaruję wolę uczestnictwa w projekcie **DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY** i oświadczam, że spełniam kryteria wymagane do udziału w projekcie.
2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin organizacji Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuje się przestrzegać jego postanowień.
3. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję wolę uczestnictwa w poszczególnych działaniach projektu.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt **DDOM** jest współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny Poddziałanie 9.2.3. „Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych”
5. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszej deklaracji rekrutacyjnym informacje są prawdziwe.

.....  
(Data)

.....  
(podpis osoby starającej się o udział w projekcie)

Wypełnia Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta i Fundacja „Dom Seniora im. Sue Ryder”  
w Pierzchnicy

**DECYZJA REKRUTACYJNA :**

Kandydat spełnia/ nie spełnia \* kryteria obowiązkowe.

Kandydat spełnia/ nie spełnia \* kryteria dodatkowe

Liczba uzyskanych punktów z kryteriów dodatkowych.....

Kandydat został/ nie został \* zakwalifikowany do udziału w projekcie.

Kandydat został/ nie został \* umieszczony na liście rezerwowej.

Data .....

Podpis Osoby Upoważnionej przez Partnera Projektu .....

Podpis Koordynatora Projektu .....

Podpis Kierownika Projektu .....

**Załączniki do formularza:**

1. Skierowanie do Dziennego Domu Opieki Medycznej.
2. Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Pierzchnicy.
3. Informacja uczestnika Projektu.
4. Oświadczenie dotyczące RODO.

**SKIEROWANIE DO  
DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY**

**Niniejszym kieruję:**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania świadczeniobiorcy :

.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

.....

Nr telefonu do kontaktu

.....

Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....

.....

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....  
– do dziennego domu opieki medycznej.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego  
oraz pieczęć podmiotu leczniczego,  
w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego  
wykonuje zawód w tym podmiocie.

Załącznik nr 2

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI  
MEDYCZNEJ W PIERZCHNICY**

**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel <sup>1)</sup>**

.....  
(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....  
(Adres zamieszkania)

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu  
stwierdzającego tożsamość:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
**Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel:**

Lp.	Czynność <sup>2)</sup>	Wynik <sup>3)</sup>
1	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	

6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje moc	
Wynik kwalifikacji <sup>4)</sup>		

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga <sup>1)</sup> skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....  
.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia

1. Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

2. W lp. 1 - 10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

3. Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

4. Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

Załącznik nr 3

**INFORMACJA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Ja ( imię i nazwisko).....

oświadczam,

1. że **nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej** w Pierzchnicy; 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 tj. nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
2. 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.).
3. Oświadczam, iż nie jestem uczestnikiem innych projektów i nie korzystam z form wsparcia współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....  
(Data )

.....  
(podpis osoby starającej się o udział w projekcie)

Załącznik nr 6 do umowy – Oświadczenia uczestnika projektu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
  - a) udzielenia wsparcia,
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
  - c) monitoringu,
  - d) ewaluacji,
  - e) kontroli,
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - g) sprawozdawczości,
  - h) rozliczenia projektu,
  - i) zachowania trwałości projektu,
  - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 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 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt **Fundacja "Dom Seniora im. Sue Ryder" w Pierzchnicy, ul. Szkolna 36, 26-015 Pierzchnica** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - **Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta, ul. Sienna 5, 25- 725**. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;



- 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. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 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) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu **Dzienny Dom Opieki Medycznej w Pierzchnicy** oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.  
Projekt „DDOM w Pierzchnicy” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Funduszu Społecznego, Włączenie społeczne i walka z ubóstwem  
Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych; Poddziałanie 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych