Regulamin Rekrutacji Uczestników Projektu

„Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie”

Realizowanego przez Fundację Małopolskie Hospicjum dla Dzieci na podstawie umowy RPMP.09.02.02-12-0439/17 Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014 - 2020

Typ projektu - przewidziany w SZOOP RPO WM

Działania wspierające opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych

nr projektu: RPMP.09.02.02-12-0439/17

Okres realizacji projektu 01 kwietnia 2018 r. - 30 kwietnia 2020 r.

§1

DEFINICJE ZWIĄZANE Z PROJEKTEM

1. **Projekt** – należy przez to rozumieć projekt pn. „Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie”, realizowany przez Fundację Małopolskie Hospicjum dla Dzieci, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, poddziałanie 9.2.2 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa - ZIT. **Projekt jest współfinansowany** ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
   Oś Priorytetowa Region Spójny Społecznie, Działanie 9.2, Poddziałanie 9.2.2.
2. **Osoba niesamodzielna –** należy przez to rozumieć osobę, 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.
3. **Opiekun faktyczny –** należy przez to rozumieć osobę pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny. Pojęcie opiekuna faktycznego i **opiekuna nieformalnego** należy traktować tożsamo.

4. **Uczestnik/czka Projektu** - należy przez to rozumieć osobę zakwalifikowaną do udziału w projekcie zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym Regulaminie, który/a podpisała/a deklarację uczestnictwa w projekcie i skorzystał/a co najmniej z jednej z form wsparcia zaproponowanych w projekcie.
5. **Pierwsze wsparcie –** należy przez to rozumieć pierwszą usługę świadczoną na rzecz Uczestnika Projektu po podpisaniu przez Niego deklaracji uczestnictwa w Projekcie
6. **Osoba z niepełnosprawnością** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2016 r. poz. 2046) a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.
7. **Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki –** należy przez to rozumieć osobę, która kwalifikuje się do udzielenia wsparcia w związku z wystąpieniem przesłanek, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.)
8. **Opieka instytucjonalna –** opieka świadczona w placówce opiekuńczo- pobytowej, czyli placówce wieloosobowego całodobowego pobytu i opieki, w której liczba mieszkańców jest większa niż 30 osób, lub w której spełniona jest co najmniej jedna z poniższych przesłanek:
   a. usługi nie są świadczone w sposób zindywidualizowany;
   b. wymagania organizacyjne mają pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców;
   c. mieszkańcy nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich nie dotyczą w zakresie funkcjonowania w ramach placówki;
   d. mieszkańcy są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni do mieszkania razem.

   - (wg. Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020)
9. **Deinstytucjonalizacja usług –** proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej, realizowany w oparciu o „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych

społeczności" i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej**.**

§2

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy regulamin, zwany dalej Regulaminem określa:

   1.1. Proces rekrutacji Uczestników do Projektu „Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie", realizowanego przez Fundację Małopolskie Hospicjum dla Dzieci, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, poddziałanie 9.2.2 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa - ZIT.

   1.2. Zasady organizacji działań w ramach Projektu

   1.3. Prawa i obowiązki uczestników/ek Projektu

2. Głównym celem Projektu jest zwiększenie możliwości dostępu do usług opieki wyręczającej dla opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych wymagających opieki (150 opiekunów oraz 45 osób niesamodzielnych), a także zwiększenie liczby i podniesienie jakości usług wsparcia kierowanych do opiekunów nieformalnych w woj. Małopolskim-Miejskim Obszarze Funkcjonalnym Krakowa w okresie od 01.04.2018-30.04.2020.

Cele szczegółowe:

- zwiększenie w regionie liczby usług całodobowego czasowego pobytu dla osób niesamodzielnych wymagających opieki;
- podniesienie kompetencje opiekuńczych opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych;
- ułatwienie dostępu opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamodzielnych do informacji, sprzętu, usług i procedur ułatwiających opiekę;

- podniesienie kompetencji służb różnych sektorów związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi w zakresie potrzeb i możliwości zapewniania wsparcia a także specyfiki pracy z osobami niesamodzielnymi i opiekunami faktycznymi

3. W ramach Projektu realizowane będą następujące formy wsparcia:

- realizacja wsparcia dla opiekunów nieformalnych w postaci grup wsparcia, telefonu zaufania, konsultacji psychologicznych;
- realizacja poradnictwo prawnego, socjalnego, w zakresie ubezpieczeń społecznych oraz usług asystenckich;
- działanie portalu wiemjak.mhd.org.pl oraz zrealizowanie szkoleń pn. „Bufor bezpieczeństwa dla rodziców";
- realizacja tutoringu w ramach Punktu Poradnictwa Specjalistycznego;
- zrealizowania spotkań dla pracowników służb społecznych, organów administracji w tym ZUS i KRUS, a także organizacji pozarządowych, służby zdrowia;
- zrealizowanie usług „odciążeniowych" w postaci całodobowych i dziennych turnusów;
- zrealizowanie usług ułatwiających opiekunom nieformalnym dostęp do sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i medycznego w połączeniu z nauką;
- obsługa sprzętu i doradztwo w zakresie jego wykorzystania.

§3

UCZESTNICY PROJEKTU

1. Uczestniczkami Projektu mogą zostać osoby niesamodzielne oraz ich opiekunowie nieformalni/faktyczni, którzy sprawują codzienną opiekę w domach nad osobami niesamodzielnymi, przewlekle i nieuleczalnie chorymi (w szczególności dziećmi, osobami od 0 do 18 roku życia, oraz młodymi dorosłymi tj. do 26 roku życia) z terenu woj. Małopolskiego-Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa w okresie od 01.04.2018-30.04.2020. Oznacza to, że obszarem, na którym ma być świadczone wsparcie jest MOF Krakowa. W skład MOF wchodzą następujące gminy: *Kraków, Biskupice, Czernichów, Igołomia-Wawrzeńczyce, Kocmyrzów-Luborzyca, Liszki, Michałowice, Mogilany, Niepołomice, Skawina, Świątniki Górne, Wieliczka, Wielka Wieś, Zabierzów, Zielonki.*

§3

PROCES REKRUTACJI

1. Nabór uczestników Projektu prowadzony jest przez Małopolskie Hospicjum dla Dzieci, ul. Odmętowa 4, 31-979 Kraków
2. Rekrutacja będzie prowadzona w terminie: I rekrutacja grupy początkowej, tj. 15 opiekunów wraz z ich podopiecznymi (min. 5 osób)- V 2018 roku. Od czerwca 2018 rekrutacja ciągła.
3. Rekrutacja prowadzona będzie zgodnie z zasadą równych szans i niedyskryminacji, lokal i sposób dotarcia do potencjalnych uczestników/ek Projektu będzie dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
4. Rekrutację prowadzi Komisja Rekrutacyjna w skład której wchodzą:
    a. Kierownik Projektu – przewodniczący Komisji - mgr Wojciech Glac,
    b. Lekarz – lek. med. Krzysztof Nawrocki
    c. Specjalista ds. rekrutacji – członek Komisji;
5. Do zadań Komisji Rekrutacyjnej należy w szczególności:
    a. Analiza dokumentów rekrutacyjnych pod kątem formalnym,
    b. Wyłonienie na podstawie złożonych dokumentów, rozmowy kwalifikacyjnej oraz diagnozy medycznej Uczestników Projektu, które spełniają założone kryteria udziału w Projekcie,
    c. Sporządzenie listy Uczestników Projektu i listy rezerwowej,
6. W procesie rekrutacji zostanie wyłonionych min. 150 opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych wymagających opieki, 45 osób niesamodzielnych - Uczestników Projektu.
7. Procedura rekrutacji obejmuje:
    a. Etap naboru:
        - Przekazanie informacji na temat Projektu i warunków uczestnictwa, rodzaju wsparcia oraz wymagań stawianych przed Uczestnikami Projektu,

- Umieszczenie informacji na temat terminu prowadzonego naboru zostanie wykazana na stronie www.mhd.org.pl.
- O planowanych działaniach rekrutacyjnych będą informowane organizacje partnerskie regionalne i lokalne, o których mowa w POPŻ 2014-2020, media lokalne, informacje będą przekazywane także przez media społecznościowe, organy administracji np. Ośrodki Pomocy Społecznej i Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
- Przyjmowanie zgłoszeń uczestnictwa w Projekcie.

b. Etap doboru:

- Weryfikacja formalna pod kątem spełniania warunków uczestnictwa w Projekcie, zgodnie z Tabelą nr 1
- Przyznanie dodatkowych punktów, zgodnie z preferencjami wynikającymi z Projektu, zgodnie z Tabelą nr 1
- Przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej z kandydatami,
- Analiza danych potencjalnych Uczestników Projektu oraz uzupełnienie karty przyjęcia,
- Opracowanie listy Uczestników Projektu,
- Opracowanie listy rezerwowej,
- Poinformowanie drogą telefoniczną i mailową o zakwalifikowaniu się do udziału w Projekcie;

8. Zasady przyjmowania zgłoszeń:

a. Dokumenty rekrutacyjne należy pobrać ze strony internetowej, tj zakładki Projektu na stronie: www.mhd.org.pl lub siedziby Realizatora Projektu, wypełnić czytelnie, podpisać oraz dostarczyć osobiście lub mailowo na adres: centrum@mhd.org.pl,

lub za pomocą poczty tradycyjnej, na adres: ul. Odmętowa 4, 31-979 Kraków

w czasie trwania procesu rekrutacyjnego do Projektu złożone przez kandydatów dokumenty nie podlegają zwrotowi,

b. Zaświadczenia, oświadczenia, inne dokumenty należy składać w formie kserokopii/skanu.

c. W przypadku złożenia niekompletnej dokumentacji rekrutacyjnej (brak załączników, niewypełnione pola formularzy, brak podpisów, dokumenty przygotowane przy użyciu formularzy niezgodnych z wzorami dostępnymi w Biurze Projektu i na stronie internetowej Projektu) będzie istniała możliwość uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Realizatora. W przypadku nieuzupełnienia braków we wskazanym terminie zgłoszenie zostanie odrzucone na etapie oceny formalnej.

9. Do Projektu zostaną przyjęte osoby z największą liczbą punktów (kryteria zgodnie z tabelą nr 1). Zostanie utworzona lista rezerwowa. W przypadku identycznej liczby punktów będzie brana pod uwagę ocena zespołu merytorycznego (psycholog/doradca/lekarz). W przypadku rezygnacji uczestnika Projektu, do udziału we wsparciu zostanie zaproszona pierwsza osoba z listy rezerwowej

10. Złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

11. W skład dokumentów rekrutacyjnych wchodzą:

1) Formularz aplikacyjny wraz z oświadczeniami potwierdzającymi spełnianie kryteriów stanowiący zał. nr 1
2) oświadczenie Uczestnika/czki Projektu o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych stanowiące zał. nr 2.
3) orzeczenie o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej/opiekuna faktycznego (jeśli dotyczy)
4) zaświadczenie od lekarza lub z poradni (jeśli dotyczy)
5) inne zaświadczenia np. z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (jeśli dotyczy)
6) kserokopia dokumentu tożsamości
7) ankieta kwalifikacyjna- WYŁĄCZNIE DLA OSÓB, KTÓRE W FORMULARZU APLIKACYJNYCM (ZAŁ. 1) ZAZNACZĄ POTRZEBĘ UDZIAŁU W TURNUSACH DZIENNYCH/CAŁODOBOWYCH W RAMACH OPIEKI WYRĘCZAJĄCEJ/WYTCHNIENIOWEJ – stanowiące załącznik nr 3
8) skierowanie do hospicjum domowego - WYŁĄCZNIE DLA OSÓB, KTÓRE W FORMULARZU APLIKACYJNYM (ZAŁ. 1) ZAZNACZĄ POTRZEBĘ UDZIAŁU W TURNUSACH DZIENNYCH/CAŁODOBOWYCH W RAMACH OPIEKI WYRĘCZAJĄCEJ/WYTCHNIENIOWEJ – stanowiące załącznik nr 4

9) Zaświadczenie o stabilnym stanie zdrowia Podopiecznego wystawione przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub innego lekarza prowadzącego przesłane najpóźniej na 3 dni przed przyjęciem Podopiecznego do Centrum w formie skanu / faxu / oryginału przesłanego listownie- WYŁĄCZNIE DLA OSÓB, KTÓRE W FORMULARZU APLIKACYJNYCM (ZAŁ. 1) ZAZNACZĄ POTRZEBĘ UDZIAŁU W TURNUSACH DZIENNYCH/CAŁODOBOWYCH W RAMACH OPIEKI WYRĘCZAJĄCEJ/WYTCHNIENIOWEJ – wg standardowego wzoru zaświadczenia lekarskiego.

12. Kandydaci, którzy nie zostali zakwalifikowani do uczestnictwa w projekcie będą mogli złożyć osobiście lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej w biurze projektu pisemne odwołanie o ponowną weryfikację decyzji o przyjęciu do projektu wraz z uzasadnieniem w terminie 5 dni roboczych od dnia publikacji listy wstępnej lub rankingowej. Wniosek nie może zawierać informacji uzupełniających, które nie znalazły się w złożonym przez kandydata formularzu rekrutacyjnym.

§4

DANE OSOBOWE

1. Administratorem danych pozyskanych w celu rekrutacji i realizacji Projektu jest Fundacja Małopolskie Hospicjum dla Dzieci z siedzibą w Krakowie, ul. Odmętowa 4, 31-979 Kraków.
2. Przystępując do rekrutacji i udziału w Projekcie, uczestnik zobowiązany jest do zapoznania się z ogólną informacją o warunkach przetwarzania danych osobowych, stanowiącą załącznik do Regulaminu.

§5

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do stosowania się do niniejszego regulaminu oraz regulaminu projektu.
2. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany terminu zakończenia postępowania rekrutacyjnego w przypadku wyczerpania miejsc.
3. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej i wchodzą w życie z dniem ich ogłoszenia.
4. Regulamin obowiązuje przez cały okres realizacji Projektu.

5. Sprawy nie regulowane niniejszym Regulaminem są rozstrzygane przez Kierownika Projektu.

6. Ostateczną interpretację Regulaminu uczestnictwa w Projekcie należy do Organizatora.

7. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2018 roku.

Załącznik nr 1

Tabela nr 1 Karta oceny

Kryteria dostępu	**Opiekun**	**osoba niesamodzielna**
1. Zamieszkanie na terenie MOF Krakowa, zgodnie z def. w Regulaminie (na podst. Oświadczenia-zał. Nr. 1) 2. Sprawowanie opieki nad osobą niesamodzielną przez pełnoletniego opiekuna (na podstawie oświadczenia, dołączonych dokumentów np. orzeczenie o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej, kserokopii dokumentu tożsamości)	tak/nie tak/nie	tak/nie -
Kryteria formalne		
1. Dostarczony komplet dokumentów *(komplet załączników – dokumentów Rekrutacyjnych, stosowne orzeczenia, zaświadczenia*)	tak/nie	tak/nie
Kryteria dodatkowe	Pkt	Pkt
1. Opieka nad osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/status osoby z niep. sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(oświadczenie opiekuna/stosowne orzeczenie/zaświadczenie)*	3	3
2. Opieka nad osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym/status osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym *(oświadczenie/stosowne orzeczenie/zaświadczenie)*	2	2
3. Opieka nad osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym/status osoby z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym *(oświadczenie opiekuna/stosowne orzeczenie/zaświadczenie)*	1	1
4. Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, **doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego** rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek: *a. osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące 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, i. osoby niesamodzielne,* *b. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,* *c. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę*	2 za każdą z przesłanek	2 za każdą z przesłanek

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, *d. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich,* *e. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,* *f. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020,* *g. członkowie rodzin 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,* *h. osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645,z późn. zm.),* *i. osoby niesamodzielne,* *j. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,* *k. osoby korzystające z PO PŻ.* (*na podstawie ankiety kandydata/stosownych zaświadczeń/orzeczeń)*		
5. Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020*. *(na podstawie ankiety kandydata)*	2	2
5. Osoba płci żeńskiej	2	2
6. Osoba z niepełnosprawnością i niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych *(na podstawie ankiety kandydata)*	2	2
7. Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 *(na podstawie ankiety kandydata)*	2	2

Kryteria dodatkowe w zakresie opieki wyręczającej/wytchnieniowej. Pierwszeństwo dla opiekunów podopiecznych:		
1. Wiek podopiecznego do 26 lat	-	5
2. Przewlekła i nieuleczalna w świetle współczesnej wiedzy medycznej choroba podopiecznego, kwalifikująca się do opieki prowadzonej przez hospicjum domowe dla dzieci, zgodnie z wykazem – Zał. do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r.	-	5
3. Posiadanie skierowania do objęcia dziecka domową opieką hospicyjną wydanego przez lekarza prowadzącego	-	5
4. Zaświadczenie o stabilnym stanie zdrowia Podopiecznego wystawione przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub innego lekarza prowadzącego	-	5
Uwagi, informacje dodatkowe na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej		
Suma punktów		

Załącznik nr 1 – FORMULARZ APLIKACYJNY

I. Dane opiekuna faktycznego:

Imię i Nazwisko: ……

Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania: ……

Gmina: ……

Numer kontaktowy: ……

Adres e-mail: ……

Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐

II. Jestem opiekunem faktycznym Pana/i ……..

III. Dane osoby niesamodzielnej

Imię i Nazwisko: ……

Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania: ……

Gmina: ……

Numer kontaktowy: ……

Adres e-mail: ……

Płeć: kobieta ☐ mężczyzna ☐

IV. <u>Dane aplikacyjne opiekuna faktycznego</u>

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

3. zamieszkuję na terenie Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa (W skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa (Metropolia Krakowska) wchodzą następujące gminy: Kraków, Biskupice, Czernichów, Igołomia-Wawrzeńczyce, Kocmyrzów-Luborzyca, Liszki, Michałowice, Mogilany, Niepołomice, Skawina, Świątniki Górne, Wieliczka, Wielka Wieś, Zabierzów, Zielonki).

tak ☐ nie ☐

4. Jestem osobą pełnoletnią (*należy dołączyć kserokopię dokumentu tożsamości*) i sprawuję opiekę nad osobą niesamodzielną z terenu MOF Krakowa

tak ☐ nie ☐

5. Sprawuję opiekę nad osobą z niepełnosprawnością sprzężoną z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(należy dołączyć stosowne orzeczenie/zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności)*

tak ☐ nie ☐

6. Sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym *(należy dołączyć stosowne orzeczenie/zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności)*

tak ☐ nie ☐

7. Sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym *(należy dołączyć stosowne orzeczenie/zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności)*

tak ☐ nie ☐

V. Dane dodatkowe opiekuna faktycznego/osoby niesamodzielnej (dla osób ubezwłasnowolnionych lub nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych wypełnia opiekun, przedkładając prawomocne postanowienie/zaświadczenie Sądu)

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, **doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego** rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek:
   a. osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące 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, i. osoby niesamodzielne,

   opiekun *osoba niesamodzielna*

   tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐

   b. osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

   opiekun *osoba niesamodzielna*

tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐

c. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji

opiekun *osoba niesamodzielna*

tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐

d. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich,

osoba niesamodzielna

tak ☐ nie ☐

e. osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,

osoba niesamodzielna

tak ☐ nie ☐

f. osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020,

opiekun *osoba niesamodzielna*

tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐

g. członek rodzin 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,

opiekun *osoba niesamodzielna*

tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐

h. osoba, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645,z późn. zm.),

opiekun *osoba niesamodzielna*

tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐

i. osoba niesamodzielna,

opiekun		*osoba niesamodzielna*	
tak ☐	nie ☐	tak ☐	nie ☐

j. osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,

opiekun		*osoba niesamodzielna*	
tak ☐	nie ☐	tak ☐	nie ☐

k. osoba korzystająca z PO PŻ.

opiekun		*osoba niesamodzielna*	
tak ☐	nie ☐	tak ☐	nie ☐

2. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w *Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020*.

opiekun		*osoba niesamodzielna*	
tak ☐	nie ☐	tak ☐	nie ☐

3. Jestem osobą z niepełnosprawnością i niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych

osoba niesamodzielna	
tak ☐	nie ☐

4. Jestem zainteresowany wsparciem w ramach realizacji usług odciążeniowych/wytchnieniowych w formie turnusów dziennych i całodobowych

opiekun		*osoba niesamodzielna*	
tak ☐	nie ☐	tak ☐	nie ☐

…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU-OPIEKUNA

…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU-OSOBY NIESAMODZIELNEJ (w przypadku posiadania zdolności do czynności prawnych)

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(należy wypełnić odrębne oświadczenie dla Opiekuna oraz Osoby niesamodzielnej

jeżeli posiada pełną zdolność do czynności prawnych, tj. ukończył 18 lat i nie jest ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo)

W związku z przystąpieniem do projektu pn**. "Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakowie"** nr **RPMP.09.02.02-12-0439/17-**oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020" jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,

2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych" jest minister właściwy do spraw rozwoju, z siedzibą w Warszawie przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa,

3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, a także:

   1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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;
   2) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
   3) ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.);
   4) rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **"Rozszerzenie oferty usług Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci w Krakwie**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Małopolskie Hospicjum dla Dzieci, ul. Odmętowa 4, 31-979 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego1 , Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM;

6. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;

7. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

…….. ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 3 -ankieta kwalifikacyjna- WYŁĄCZNIE DLA OSÓB, KTÓRE W FORMULARZU APLIKACYJNYCM (ZAŁ. 1) ZAZNACZĄ POTRZEBĘ UDZIAŁU W TURNUSACH DZIENNYCH/CAŁODOBOWYCH W RAMACH OPIEKI WYRĘCZAJĄCEJ/WYTCHNIENIOWEJ – stanowiące załącznik nr 3

1. DANE O SYTUACJI ŻYCIOWEJ OSOBY NIESAMODZIELNEJ

1. **Stopień upośledzenia umysłowego:** ……
2. **Orzeczenie o niepełnosprawności: Tak / Nie*** **stopień:**…… **typ:** ……
3. **Dotychczasowa edukacja: Tak / Nie***
4. **Edukacja:**

LP	RODZAJ SZKOŁY	ADRES	POZIOM ZAAWANSOWANIA

5. **Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym:**

LP	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Status zawodowy	Rodzaj dochodu
1				

* zakreślić właściwą odpowiedź

6. **Średni miesięczny dochód netto (na rękę) na jednego członka rodziny:**..... **zł**

7. **Status prawny Podopiecznego*:**

a) niepełnoletni w opiece rodzicielskiej

b) niepełnoletni w opiece zastępczej

c) inny……..

8. **Czy Podopieczny korzysta / korzystał z pomocy psychologicznej? TAK/NIE***

Jeśli tak, to w jakiej formie? …….

9. **Czy rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej ? TAK/NIE***

Jeśli TAK, to jakich? ……
Prosimy o podanie nazwy i adresu Ośrodka Pomocy Społecznej:
……

10. **Inne informacje:**

a) Czy podopieczny korzysta z metod komunikacji alternatywnej? TAK / NIE*

Jeśli TAK, z jakiej metody ? **……**

b) Jeżeli to możliwe prosimy o podanie kontaktu do placówki / logopedy/ specjalisty pod którego opieką pozostaje Pacjent w zakresie komunikacji alternatywnej

……

3. DANE MEDYCZNE I REHABILITACYJNE

1. **Imię i nazwisko** ……
   data ur. ……/……/……

2. **Rozpoznanie:**

……

……

3. **Choroby współistniejące (uczulenia zmiany skórne itp.):**

……

4. **Istotne zabiegi medyczne i rehabilitacyjne:**

Rok	Rodzaj zabiegu	Rok	Rodzaj zabiegu

5. **Środki farmakologiczne regularnie podawane:**

LP	Nazwa leku	Dawkowanie	LP	Nazwa	Dawkowanie

6. **Dane dotyczące historii leczenia ortopedycznego (jeżeli było stosowane)**

7. Dane dotyczące leczenia i zabiegów stomatologicznych (jeżeli było stosowane)

8. Występowanie nagłych ataków lub innego rodzaju dolegliwości: TAK / NIE*

9. Dotychczasowe postępowanie w razie ataku epilepsji, pobudzenia psychoruchowego lub innej dolegliwości:

Rodzaj dolegliwości	Opis postępowania – środki farmakologiczne

10. Leki dodatkowe:

LP	Nazwa leku	Dawkowanie	LP	Nazwa	Dawkowanie

11. Rodzaj Diety:

a)kuchenna ……

b) przemysłowa (przez kogo przygotowywana ……..)

Uwagi dot. żywienia: ……

12. **Sposób odżywiania**

a) fizjologicznie

b) sonda

c) gastrostomia

13. **Wymagania dotyczące korzystania ze środków higieny osobistej (np. pieluchy, etc)**

14. **Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego i wspomagającego:**

.....

15. **Dodatkowe dane, mogące mieć znaczenie dla procesu kwalifikacji:**

4. **DANE DOTYCZĄCE POBYTU W CENTRUM**

Jestem zainteresowan/y udziałem mojego podopiecznego w turnusie:

a) Dziennym (20 dni, od pn do pt, w godz. 8-18.00)
b) Całodobowym (14 dni)
c) Obydwoma formami

1. Preferowany termin pobytu podopiecznego w Centrum (prosimy o podanie 3 dogodnych, 14-dniowych terminów, w terminach od 1 do 14 lub 16 do 30 dnia miesiąca, lub/i okresu miesięcznego dla turnusu dziennego)

I. od do

II. od do

III. od do

2. Pobyt Podopiecznego w Centrum związany jest z:

a) odpoczynkiem Opiekuna

b) przyczynami medycznymi Opiekuna (zabieg, rehabilitacja, diagnostyka)

c) innymi czynnościami nie możliwymi do wykonania podczas obecności Podopiecznego w domu. Jakimi? (np. remont domu) ……

5. OŚWIADCZENIA OPIEKUNA

a) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego podopiecznego i moich zawartych w niniejszej karcie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji i statystycznych (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o Ochronie Danych Osobowych Dz.U. nr 133 poz 883).

b) Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Centrum Opieki Wyręczającej dla Przewlekle i Nieuleczalnie Chorych Dzieci im. Hanny Chrzanowskiej w Krakowie oraz treścią Umowy o świadczenie opieki przez Centrum i w razie pozytywnego zakwalifikowania Podopiecznego do przyjęcia zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w aktów.

c) Oświadczam, że najpóźniej na 3 dni przed przyjęciem Podopiecznego do Centrum przedłożę w formie skanu / faxu / oryginału przesłanego listownie – zaświadczenie o stabilnym stanie zdrowia Podopiecznego wystawione przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub innego lekarza prowadzącego.

d) Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie są prawdziwe. Jednocześnie, oświadczam, że znane są mi postanowienia Regulaminu Centrum, zgodnie z którymi podanie nieprawdziwych, niepełnych, zmienionych, lub celowo wprowadzających w błąd informacji mogących mieć znaczenie dla prowadzenia procesu opieki lub kwalifikacji stanowi bezwzględną przesłankę odmowy przyjęcia podopiecznego pod opiekę Centrum, a w razie trwania opieki przesłankę do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, przy obciążeniu kosztami poniesionymi Opiekuna w całości.

e) Oświadczam, że osobiście lub wspólnie z najbliższymi członkami rodziny prowadzę codzienną opiekę nad Podopiecznym w domu.

f) Oświadczam, że znana jest mi forma prowadzenia opieki wyręczającej przez Centrum, które nie jest szpitalem, ani stacjonarnym hospicjum, a opieka wyręczająca ma charakter czasowy i nie wiąże się z prowadzeniem leczenia przyczynowego wobec schorzeń podstawowych.

.....

(podpis Opiekuna)

6. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

W celu przeprowadzania dokładnego procesu kwalifikacji, a także dobrania efektywnych form opieki i zajęć dodatkowych dla Podopiecznego w czasie pobytu prosimy o przesłanie kopii następujących dokumentów (Jeżeli są Państwo w ich posiadaniu):

a) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*

b) Dokumenty poświadczające korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (decyzja, zaświadczenie) *

c) Odpisy postanowień Sądu (opieka zastępcza, ubezwłasnowolnienie, piecza zastępcza, adopcja) *

d) Kopia dowodu osobistego Podopiecznego *

e) Opinia psychologiczna o Podopiecznym *

g) Inne dokumenty mogące mieć znaczenie dla procesu kwalifikacji.

Jakie? …….

* niepotrzebne skreślić

Jednostka kierująca: pieczęć zakładu opieki zdrowotnej z numerem regon i numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

Data: .....

SKIEROWANIE
do Hospicjum Domowego dla Dzieci

Proszę o objęcie domową opieką paliatywną dziecka :

Imię i nazwisko: .....

PESEL (w razie braku data urodzenia): .....

Adres: .....

.....

Telefon: .....

Rozpoznanie: .....

ICD-10: .....

Choroba dziecka ma charakter nieuleczalny oraz postępujący i zgodnie z obecną wiedzą medyczną wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego.

Lekarz kierujący: .....

.....

Telefon: .....

pieczęć, podpis lekarza, data

Ordynator: .....

.....

pieczęć, podpis ordynatora, data

UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO:

.....

.....

.....