



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**REGULAMIN ORGANIZACYJNY
DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ
CENTRUM MEDYCYNY PROFILAKTYCZNEJ SP. Z O.O.
W KRAKOWIE**

**Aktualizacja wersja II
KRAKÓW
wrzesień 2016 r.**



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.
30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12
NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106
Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66
www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

Adam Bartkiewicz
RADCA PRAWNY
nr 630

§ 1. INFORMACJE OGÓLNE

1. Podstawę unormowań zawartych w niniejszym regulaminie stanowią:
 - 1) wytyczne Ministerstwa Zdrowia Departament Funduszy Europejskich zamieszczone w załączniku nr 1 do Regulaminu konkursu Dzienny dom opieki medycznej, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014 –2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych,
 - 2) wniosek nr WND-POWR.05.02.00-00-0037/15 podmiotu leczniczego skierowany w ramach konkursu do Ministerstwa Zdrowia Departament Funduszy Europejskich o dofinansowanie projektu p.n. „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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.”
2. Ilekroć w niniejszym regulaminie jest mowa o:
 - 1) podmiocie leczniczym – rozumie się przez to Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o., z siedzibą w Krakowie, ul. Bolesława Komorowskiego 12,
 - 2) zakładzie leczniczym – rozumie się przez to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej,
 - 3) DDOM – rozumie się przez to wyodrębnioną organizacyjnie komórką organizacyjną zakładu leczniczego, wchodzącą w strukturę Przychodni Specjalistycznej nr 1, zlokalizowanej w Krakowie przy ul. Bolesława Komorowskiego 12, której został nadany kod 2200 - dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594), zarejestrowaną przez podmiot leczniczy w rejestrze podmiotów leczniczych prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego,
 - 4) projekcie – rozumie się przez to projekt p.n. „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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.” realizowany przez podmiot leczniczy w ramach umowy nr POWR.05.02.00-00-0037/15-00 zawartej ze Skarbem Państwa- Ministrem Zdrowia,
 - 5) indywidualnym planie terapii – rozumie się przez to plan pracy terapeutycznej z osobą korzystającą jako pacjent ze wsparcia w DDOM, określający m. in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii, opracowany przez zespół terapeutyczny na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych pacjenta i wspólnie z nim realizowany,
 - 6) całościowej ocenie geriatrycznej (COG) – rozumie się przez to wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) osoby zakwalifikowanej do wsparcia jako pacjent DDOM celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych,



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

Adam Bartyś
RADCA PR
K 67

- 7) osobie korzystającej ze wsparcia, pacjentce lub uczestnikowi – rozumie się przez to osobę zakwalifikowaną do wsparcia i bezpośredniego korzystania ze świadczeń zdrowotnych DDOM oraz innych usług udzielanych w jego ramach,
- 8) koszcie pobytu – rozumie się przez to wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w DDOM,
- 9) zespole terapeutycznym – rozumie się przez to wielodyscyplinarny zespół medyczny powoływany przez podmiot leczniczy do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi jako pacjenci do DDOM,
- 10) rodzinie lub opiece faktycznej – rozumie się przez to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę korzystającą ze wsparcia DDOM,
- 11) regulaminie – rozumie się przez to niniejszy regulamin, zwany dalej regulaminem, określający zasady organizacji i funkcjonowania DDOM, zatwierdzony przez Zarząd Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.

§ 2. CELE I ZASADY FUNKCJONOWANIA DDOM

1. DDOM realizuje zadania określone w:
 - 1) wniosku nr WND-POWR.05.02.00-00-0037/15 podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 regulaminu,
 - 2) umowie nr POWR.05.02.00-00-0037/15-00, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 4 regulaminu.
2. Celem głównym DDOMU jest wsparcie zdrowotne skierowane do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym, poprzez udzielanie im określonych świadczeń zdrowotnych, mających na celu poprawę ich stanu zdrowia i samodzielności życiowej oraz przygotowanie ich i rodziny do życia z niepełnosprawnością oraz samoopieki, możliwych do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego.
3. W ramach DDOM, w warunkach pobytowych zbliżonych do domowych, osoby korzystające ze wsparcia będą korzystały z opieki lekarskiej, pielęgnacyjnej, opiekuńczej, usług rehabilitacyjnych oraz innych wspomagających usług medycznych i edukacyjnych, wymaganych stanem zdrowia pacjenta, w zakresie adekwatnym do stanu zdrowia, określonym przez zespół terapeutyczny po przeprowadzeniu całościowej oceny geriatrycznej pacjenta.
4. DDOM prowadzi działalność jako komórka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w części działającej w obiekcie zlokalizowanym w Krakowie przy ul. Bolesława Komorowskiego 12, w przygotowanych do tego celu wydzielonych pomieszczeniach na II p, w okresie 21 miesięcy, od dnia 1.10.2016 r. do dnia 30.06.2018 r., od poniedziałku do piątku we wszystkie dni robocze, w godz. od 8.00 do godz. 16.00.
5. DDOM dysponuje jednorazowo 10 miejscami opieki nad osobami korzystającymi ze wsparcia, a liczba osób, które zostaną zakwalifikowane do świadczeń DDOM wyniesie 60 osób w całym okresie jego działalności. Równocześnie ze świadczeń DDOM może korzystać 10 osób zakwalifikowanych do wsparcia.
6. Czas trwania pobytu osoby korzystającej ze wsparcia w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.
7. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji osoby korzystającej ze wsparcia oraz w przypadku pogorszenia się jej stanu zdrowia, wymagającego



realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

8. W pierwszym miesiącu, osoby korzystające ze wsparcia przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8 godz. dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.
9. Osoba korzystająca ze wsparcia może korzystać ze świadczeń DDOM tylko jeden raz w całym okresie jego działania.
10. Osoba korzystająca ze wsparcia jest zobowiązana do korzystania ze świadczeń DDOM w sposób ciągły pod rygorem skreślenia z listy uczestników w przypadku wystąpienia nieusprawiedliwionej absencji, zastrzeżeniem ust. 12.
11. Codzienna obecność osoby korzystającej ze wsparcia w DDOM jest potwierdzana przez kierownika zespołu terapeutycznego.
12. Trzykrotna nieusprawiedliwiona absencja osoby korzystającej ze wsparcia w wyznaczonym okresie terapeutycznym powoduje skreślenie z listy uczestników, skutkującego utratą uprawnień do dalszego uczestnictwa w DDOM również w przyszłości.
13. Pobyt w DDOM jest bezpłatny.
14. W celu właściwego monitorowania liczby zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki oraz liczby pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie w DDOM, podmiot leczniczy prowadzenia imienny rejestr osób korzystających ze wsparcia w ramach DDOM wraz z miesięcznym harmonogramem opieki nad pacjentami wskazującym dzienny poziom wykorzystania utworzonych miejsc zgodnie z przyjętymi założeniami.

§ 3. OSOBY KORZYSTAJĄCE ZE WSPARCIA DDOM

1. Do DDOM mogą być przyjęte osoby/ pacjenci:
 - 1) stale przebywające na terenie Gminy Kraków, w szczególności w wieku powyżej 65 roku życia (weryfikacja na podstawie danych zawartych w deklaracji uczestnictwa w projekcie),
 - 2) będące bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej
lub
 - 3) którym w okresie ostatnich 12 miesięcy przed zgłoszeniem do projektu udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego,
 - 4) uzyskają wymagane skierowanie do DDOM oraz kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do DDOM
 - 5) zostaną zakwalifikowane do korzystania ze świadczeń DDOM jako osoby korzystające ze wsparcia przez zespół terapeutyczny.
2. Wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., 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 lecze-



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

Adamin 30/12
RADCO
14

nia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale, którzy w ocenie skalą poziomą samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

3. Świadczeniami opieki zdrowotnej w DDOM mogą być objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
4. Ze świadczeń DDOM mogą korzystać osoby wymagające wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej.
5. Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM, ze wsparcia wyłączone są osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej w warunkach oddziału dziennego lub stacjonarnego, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień). weryfikacja na podstawie składanego oświadczenia).
6. Uczestnikami projektu w co najmniej w 75% powinny być osoby powyżej 65 roku życia.

§ 4. ZASADY KWALIFIKOWANIA I TRYB KIEROWANIA DO DDOM

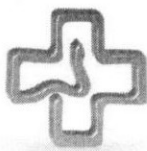
1. Nabór osób chcących uzyskać uprawnienie osoby korzystającej ze wsparcia jest prowadzony w trybie ciągłym, bezpośrednio przez podmiot leczniczy.
2. Rejestracja zgłoszeń do DDOM może być dokonywana osobiście przez osobę deklarującą chęć uczestnictwa w projekcie, członków jego rodziny, przedstawiciela ustawowego, telefonicznie lub drogą elektroniczną.
3. Dane kontaktowe podane są na znajdującej się na terenie obiektu podmiotu leczniczego, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ogłoszeń oraz na opublikowanych plakatach i ulotkach zawierających informacje o projekcie realizowanym przez podmiot oraz str www DDOM (www.cmp.krakow.pl/ddom)
4. Kierowanie do DDOM odbywa się na podstawie:
 - 1) skierowania do DDOM (oryginał), którego wzór zawiera załącznik nr 1 do regulaminu,
 - 2) karty oceny stanu klinicznego, sporządzonej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności według skali Barthel (oryginał), której wzór zawiera załącznik nr 2 do regulaminu,
 - 3) kopii karty informacyjnej/wypisu ze szpitala nie starszej niż 12 miesięcy przed datą złożenia deklaracji uczestnictwa w projekcie,
 - 4) oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej i o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), którego wzór stanowi załącznik nr 3.
5. Skierowanie do DDOM wydaje i ocenę stan zdrowia według skali Barthel przeprowadza:
 - 1) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.
6. Wymagane dokumenty kwalifikacyjne określone w ust. 4 należy składać obligatoryjnie w wersji papierowej, w siedzibie podmiotu leczniczego w Krakowie, ul. Bolesława Komorowskiego



- 12 pokój nr 312 II p. lub przesać za pośrednictwem Poczty Polskiej listem poleconym lub pocztą kurierską na adres podmiotu leczniczego, ul. Bolesława Komorowskiego 12, 30-106 Kraków, z dopiskiem „Kwalifikacja do DDOM CMP Sp. z o.o.”, w celu zarejestrowania ich w kolejce oczekujących. Dokumenty przekazane drogą elektroniczną (skany) nie będą podlegały zarejestrowaniu.
7. O terminie złożenia dokumentów i ich rejestracji w kolejce oczekujących do DDOM decyduje data wpływu do siedziby podmiotu leczniczego.
 8. O zakwalifikowaniu osoby zgłoszonej do korzystania z projektu decydują następujące kryteria:
 - 1) formalne, tj.: kompletność złożenia wypełnionych dokumentów, przy czym osoba deklarująca chęć udziału w projekcie może uzupełnić ewentualne braki formalne we wskazanym terminie, jednakże nieuzupełnienie wskazanych braków we wyznaczonym terminie będzie skutkowało odrzuceniem zgłoszenia,
 - 2) merytoryczne, tj.: spełnienie warunków udziału w DDOM określonych w § 3.
 9. Podmiot leczniczy nie zwraca dokumentów, które zostały odrzucone.
 10. Kolejność zgłoszeń (lista kolejkowa oczekujących prowadzona w systemie informatycznym).
 11. Kwalifikacja odbywa się z uwzględnieniem 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.
 12. Zastrzega się prawo preferencji w przyjęciu do DDOM osób powyżej 65 roku życia.
 13. Osoby deklarujące chęć uczestnictwa w projekcie zostaną poinformowane o przyjęciu drogą telefoniczną na numer telefonu do kontaktu wskazany w skierowaniu.
 14. Kwalifikacja zostanie zakończona w momencie zapelnienia wszystkich wolnych miejsc umożliwiających udział w projekcie.
 15. Osoby deklarujące chęć udziału w projekcie, które z powodu braku miejsc, nie zostały zakwalifikowane do uczestnictwa zostaną uwzględnione w liście rezerwowej oczekujących.
 16. Osoby zakwalifikowane do uczestnictwa w projekcie składają oświadczenie zawierające zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych i zgodę na wzięcie udziału w badaniach ankietowych, wypełniając deklarację uczestnictwa w projekcie, której wzór zawiera załącznik nr 4 do regulaminu.
 17. Osoby, które nie wyrażą zgody na przetwarzanie ich danych osobowych i zgody na wzięcie udziału w badaniach ankietowych, nie zostaną zakwalifikowani jako uczestnicy projektu.
 18. Deklarację uczestnictwa w projekcie składają również członkowie rodzin lub opiekunowie faktyczni uczestników projektu, jeżeli sami zgłosili wolę uczestniczenia w projekcie.
 19. Gdy stan osoby deklarującej chęć udziału w projekcie uniemożliwia jej własnoręczne podpisanie dokumentu deklaracji, to po przedstawieniu odpowiedniego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego fakt, iż osoba ta nie potrafi się sama podpisać deklarację w imieniu tej osoby podpisuje osoba przez nią upoważniana (członek rodziny lub opiekun faktyczny) w obecności kierownika zespołu terapeutycznego.

§ 5. REALIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W DDOM

1. W ciągu trzech dni po przyjęciu osoby zakwalifikowanej do korzystania ze wsparcia DDOM, zespół terapeutyczny dokonuje oceny pacjenta w zakresie 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.



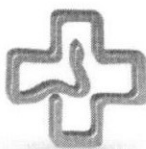
2. Zastosowanie określonych narzędzi do oceny stanu zdrowia osoby zakwalifikowanej do uczestnictwa w projekcie będzie zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia tego uczestnika.
3. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.
4. Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

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

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem,
- ocenę fizyczną obejmującą:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,

2) **w przypadku uczestników powyżej 65 r. ż.:**

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę fizyczną obejmującą:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - ocenę stanu umysłowego:
 - ocenę sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.



- określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
5. Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje dla każdej osoby korzystającej ze wsparcia indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.
 6. Zespół terapeutyczny na koniec każdego miesiąca dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u osoby korzystającej ze wsparcia 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.
 7. Zespół terapeutyczny obowiązany jest do przeprowadzania cotygodniowych narad w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii pacjentów. W cotygodniowych naradach zespołu terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu.
 8. Przed wypisaniem pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia osoby korzystającej ze wsparcia i sporządzenia karty informacyjnej zawierającej opis przeprowadzonej oceny.

§ 6. ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ I USŁUG

1. W ramach DDOM osoby korzystające ze wsparcia będą mieli zapewnione:
 - 1) świadczenia zdrowotne w zakresie:
 - opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych,
 - opieki pielęgniarstwa, w tym edukacji pacjenta dotyczącej samoopieki i samopielęgnacji,
 - diagnostyki medycznej,
 - doradztwa w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
 - usprawniania ruchowego,
 - stymulacji procesów poznawczych,
 - terapii zajęciowej,
 - przygotowanie rodziny i opiekunów
 - 2) zajęcia dodatkowe, zagospodarowujące czas wolny pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi, obejmujące:
 - zajęcia integrująco-pobudzające,
 - ćwiczenia usprawniające pamięć,
 - zajęcia plastyczne i rękodzielnicze,
 - terapia reminiscencyjna, orientacji w rzeczywistości,
 - trening higieniczny, umiejętności społecznych, kulinarny,
 - terapię zajęciową np. biblioterapia, muzykoterapia,
 - 3) prowadzone przez zespół terapeutyczny podczas codziennej opieki nad uczestnikiem projektu różnorodne działania edukacyjne (doradcze, konsultacyjne, instruktazowe)



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

Adam Baranowski

RADCA PRAWNY
K 630

mające na celu przygotowanie uczestnika w jak największym stopniu do samoopieki i samo pielęgnacji,

- 4) obiad/lunch i przerwę kawową.
2. Wsparciem w ramach DDOM zostaną objęci również rodziny i opiekunowie pacjenta wymagającego opieki ze względu na stan zdrowia w postaci działań edukacyjnych realizowanych w formie doradztwa, konsultacji i instruktaży.
3. W celu zapewnienia dostępu do ciągłości wsparcia dla osobom korzystającym ze wsparcia, które zakończyły ustalony przez zespół terapeutyczny okres pobytu w DDOM, podmiot leczniczy podejmie próbę nawiązania współpracy z Dziennymi Domami „Senior WIGOR” powstałymi w ramach Programu Wieloletniego „Senior WIGOR” na lata 2015-2020.
4. Osoby korzystające ze wsparcia w DDOM razie potrzeby mogą uzyskać za pośrednictwem podmiotu leczniczego zwrot kosztów dojazdu w formie refundacji, jeżeli faktycznie wystąpiły, z miejsca zamieszkania do DDOM i powrotu z DDOM do miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kraków środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego względnie z wykorzystaniem samochodu prywatnego, w obu przypadkach do wysokości kosztów zakupu biletów komunikacji publicznej zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na obszarze tej Gminy.
5. Podstawą do zwrotu poniesionych kosztów dojazdu, o których mowa w ust. 4, będzie:
 - 1) w przypadku dojazdu komunikacją publiczną:
 - zestawienie kosztów podróży osoby korzystającej ze wsparcia sporządzone na podstawie biletów komunikacji publicznej,
 - wniosek osoby korzystającej ze wsparcia o zwrot kosztów dojazdu,
 - 2) w przypadku dojazdu samochodem prywatnym:
 - uzasadnienie wykorzystania przez osobę korzystającą ze wsparcia samochodu prywatnego, z podaniem właściciela, marki i nr. rejestracyjnego pojazdu,
 - wniosek osoby korzystającej ze wsparcia o zwrot kosztów dojazdu.
 - wniosek osoby korzystającej ze wsparcia o zwrot kosztów dojazdu.
6. Prawo uzyskania zwrotu kosztów dojazdu i wystąpienia z wnioskiem o zwrot przysługuje wyłącznie osobie korzystającej ze wsparcia.
7. Wniosek o zwrot kosztów dojazdu w formie określonej w ust. 5 osoba korzystająca ze wsparcia składa do kierownika zespołu terapeutycznego, który dokonuje jego weryfikacji co do prawdziwości zamieszczonych w nim danych i zatwierdza do zapłaty. Kompletny wniosek należy złożyć do 14 dnia miesiąca następnego po miesiącu, w którym uczestnik korzystał z dojazdu, a jeżeli dzień ten jest dniem wolnym od pracy lub świętem, w pierwszym dniu roboczym następującym po tym dniu.
8. Zwrot kosztów zostanie dokonany do końca miesiąca, w którym został złożony wniosek, na wskazany w nim rachunek bankowy lub zostanie wypłacony w kasie podmiotu leczniczego zlokalizowanej w obiekcie przy ul. Komorowskiego 12 w Krakowie lp. pok. nr 217, czynnej od poniedziałku do piątku w dni robocze, w godz. od 9.00 do 13.00.
9. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 7 stanowi załącznik nr 5 do regulaminu.

§ 7. PERSONEL DDOM

1. Dla zapewnienia osobom korzystającym ze wsparcia w DDOM wymaganych świadczeń zdrowotnych powołuje się zespół terapeutyczny sprawujący opiekę nad pacjentami, któremu przewodniczy pielęgniarka pełniąca jednocześnie funkcję jego kierownika.
2. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi:



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

Adam Baranowicz

RADA PRAWNY
Krak30

- 1) pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego,
 - 2) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, zapewniający konsultacje po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta po zakończeniu pobytu w DDOM oraz w razie bieżących potrzeb,
 - 3) lekarz specjalista w dziedzinie geriatry, zapewniający konsultacje po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta po zakończeniu pobytu w DDOM oraz w razie potrzeby,
 - 4) pielęgniarka - posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi,
 - 5) psycholog,
 - 6) osoby prowadzące fizjoterapię: magister fizjoterapii i technik fizjoterapii,
 - 7) terapeuta zajęciowy,
 - 8) logopeda,
 - 9) opiekun medyczny.
3. W celu zapewnienia dostępu do ciągłości wsparcia dla osobom korzystającym ze wsparcia, które zakończyły ustalony przez zespół terapeutyczny okres pobytu w DDOM, podmiot leczniczy podejmie próbę nawiązania współpracy z Dziennymi Domami „Senior WIGOR” powstałymi w ramach Programu Wieloletniego „Senior WIGOR” na lata 2015-2020.

§ 8. ZAPLECZE DDOM

1. Dla działalności DDOM udostępnione zostały pomieszczenia o powierzchni 174,59 m² znajdujące się na II piętrze budynku przy ul. Komorowskiego 12 w Krakowie, które odpowiednio przystosowano do pełnienia funkcji DDOM i części wspólne tj. klatki schodowej.
2. Dla działalności DDOM zapewnione zostały:
 - 1) pomieszczenie dyżurki lekarskiej i pielęgniarskiej będącą jednocześnie gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 2) pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej,
 - 3) pomieszczenie dla uczestników projektu częściowo leżących z 2 łózkami,
 - 4) pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej wspólne z jadalnią i miejscem spotkań,
 - 5) aneks kuchenny,
 - 6) szatnia,
 - 7) toalety dla uczestników projektu i personelu
 - 8) gabinet pracy psychologa,
 - 9) magazyn (na sprzęt medyczny, bieliznę pościelową).
3. Dla działalności DDOM w razie potrzeby udostępniony zostanie także posiadany przez podmiot leczniczy sprzęt medyczny i wyposażenie.
4. Pomieszczenia i urządzenia DDOM spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

§ 8 . ZARZĄDZANIE DDOM

1. Za zarządzanie i prawidłowe funkcjonowanie DDOM odpowiedzialny jest zespół projektowy, w skład którego wchodzi:
 - 1) kierownik projektu: Jolanta Wójcicka,
 - 2) z-ca kierownika projektu: Jolanta Stanczykiewicz,
 - 3) kierownik zespołu terapeutycznego: Irena Smarzyńska,
 - 4) obsługa kadrowa: Anna Such,



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

Adam Borkowicz
RADCA PRAWNY
K/530

- 5) obsługa marketingowa: Anna Kistela,
- 6) obsługa sekretarska: Marta Rechcygier,
- 7) obsługa prawna: Adam Bartkowicz
- 8) obsługa księgową: Jolanta Wiater, Celina Pryk,
- 9) koordynator projektu: Edyta Kita.

Cały personel medyczny DDOM podlega kierownikowi projektu, którym jest naczelną pielęgniarka podmiotu leczniczego.

2. Nadzór medyczny nad działalnością DDOM sprawuje Członek Zarządu podmiotu leczniczego pełniąc funkcję zastępcy kierownika ds. opieki zdrowotnej tego podmiotu.
3. Prezes Zarządu podmiotu leczniczego pełniąc funkcję jego kierownika jest odpowiedzialna za funkcjonowanie DDOM, zgodnie ze standardami określonymi dla DDOM przez Ministerstwo Zdrowia i z zapisami projektu.

Załączniki

Załącznik nr 1 Skierowanie do DDOM

Załącznik nr 2 Ocena świadczeniobiorcy według skali Barthel

Załącznik nr 3 Oświadczenie o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej i posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Załącznik nr 4 Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Załącznik nr 5 Wniosek osoby korzystającej ze wsparcia o zwrot kosztów dojazdu

Adam Bartkowicz

RADCA PRAWNY
K/830





Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik Nr 1
do regulaminu LDDOM

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

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

Projekt pod tytułem „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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 stacjonarym”



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o.
30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12
NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106
Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66
www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik **Nr 2**
do regulaminu *DDOM*

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel¹

Lp.	Czynność ²	Wynik ³
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	



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.
30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12
NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106
Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66
www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

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 kwalifikacji⁴	

Wynik oceny stanu zdrowia

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

.....
.....
.....

.....
data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

.....
data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

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.

Projekt pod tytułem „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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 stacjonarym”



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik Nr 3
do regulaminu DDOM

Oświadczenie

**o braku wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej
i posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Ja (imię i nazwisko).....

deklaruję chęć przystąpienia do projektu „DDOM przy Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. w Krakowie” i składam następujące oświadczenia:

1. Oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej tj.:
 - 1) 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,
 - 2) 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 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z póź. zm.).

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA

Projekt pod tytułem „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielných, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarzkiego realizowanego w trybie stacjonarym”



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik Nr 4
do regulaminu DDOM

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

pn. „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielných, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym”

Ja, niżej podpisana/y:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(seria i numer dowodu osobistego)

.....
(numer PESEL)

deklaruję chęć udziału w projekcie

pn. „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielných, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym”

realizowanym przez:

Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Bolesława Komorowskiego 12
30-106 Kraków

w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach:
OSI PRIORYTETOWEJ V. Wsparcie dla obszaru zdrowia
DZIAŁANIA 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia
ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
NR UMOWY O DOFINANSOWANIE: POWR.05.02.00-00-0037/15-00

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami lub komputerowo odpowiadając na wszystkie pytania.

Dane uczestniczki/uczestnika:											
1.	Imię										
2.	Nazwisko										
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna									
4.	PESEL										
5.	Wykształcenie: <i>(gimnazjalne, niższe niż podstawowe, podstawowe, policealne, ponadgimnazjalne, wyższe)</i>	<input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> policealne, <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne, <input type="checkbox"/> wyższe									
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
Dane kontaktowe:											
1.	Województwo										
2.	Powiat										
3.	Gmina										
4.	Miejscowość										
5.	Ulica										
6.	nr budynku										
7.	nr lokalu										
8.	Kod pocztowy										
9.	Telefon kontaktowy										
10.	Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna faktycznego										
11.	Adres e-mail										

Dane dodatkowe:		
1.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód: zatrudniona w:.....
2.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że projekt pn. „**Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym DDOM w ramach projektu „**Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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**”, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik **Nr 5**
do *regulaminu DDOM*

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU
ŚRODKAMI KOMUNIKACJI PUBLICZNEJ*
SAMOCHODEM PRYWATNYM*
UCZESTNIKA PROJEKTU DDOM**

Ja niżej podpisana/y
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

legitymująca/y się dowodem osobistym serii i nrwydanym

przez..... o numerze PESELzamieszkała/y w

.....
(adres zamieszkania)

oświadczam, że w związku z moim pobytem W DDOM CMP Sp. z o.o. w dniach
w ramach projektu pod tytułem „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których 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”:

1. Dojeżdżałem/am z miejsca zamieszkania do DDOM i z DDOM do miejsca zamieszkania, tj. na tra

sie:

środkami komunikacji publicznej (miejskiej) w okresie od do

....., tj. przez: dni, korzystając z biletów:

normalnych/ulgowych*, biletu miesięcznego normalnego/ulgowego^{1*}.

2. Dojeżdżałem/am z miejsca zamieszkania do DDOM i z DDOM do miejsca zamieszkania, tj. na tra

sie:

w okresie od do, tj. przez: dni

samochodem prywatnym m-ki, nr rej.

należącym do*



Centrum Medycyny Profilaktycznej

Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

www.cmp.krakow.pl, e-mail: sekretariat@cmp.krakow.pl

3. Koszt dojazdu publicznym środkiem transportu w obie strony na ww. trasie, w tym okresie wyniósł.....zł, koszt ten potwierdzam załączonymi biletami¹ z odbytych dojazdów*.
4. Koszt dojazdu środkami dojazdu samochodem prywatnym na ww. trasie w tym okresie wyniósł:
- zł (do wyliczenia należy przyjmować cenę biletów komunikacji publicznej za jeden dzień przy przejeździe w obie strony, zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym we wskazanym miesiącu na obszarze Gminy Kraków, jakie przysługują uczestnikowi według posiadanych uprawnień do korzystania ze środków tego transportu)*.

Osoby korzystające ze wsparcia w DDOM w razie potrzeby mogą uzyskać za pośrednictwem podmiotu leczniczego zwrot kosztów dojazdu w formie refundacji, jeżeli faktycznie wystąpiły, z miejsca zamieszkania do DDOM i powrotu z DDOM do miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kraków środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego względnie z wykorzystaniem samochodu prywatnego, w obu przypadkach do wysokości kosztów zakupu biletów komunikacji publicznej zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na obszarze tej Gminy.

Do niniejszego wniosku dołączam wydruk komputerowy potwierdzający koszt zakupu biletu komunikacji publicznej zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym we wskazanym miesiącu na obszarze Gminy Kraków, przy uwzględnieniu posiadanych przeze mnie uprawnień do korzystania ze środków tego transportu (obowiązuje przy dojazdach samochodem prywatnym)*.

Uzasadnienie korzystania przy dojeździe do DDOM z samochodu prywatnego*:

.....

.....

.....

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości.....zł. Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na rachunek:

.....

(Dane właściciela rachunku)

.....

(Numer rachunku)

.....

(Data i podpis uczestnika/członka rodziny/ opiekuna faktycznego)

Potwierdzam zasadność i prawidłowość danych zamieszczonych w niniejszym wniosku.

.....

(Data i podpis kierownika zespołu terapeutycznego)

*) **niepotrzebne skreślić**

¹ Należy dołączyć oryginalne bilety (w obie strony) za każdy dzień pobytu w DDOM lub oryginał faktury/paragonu zakupu biletu okresowego.

