

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Niniejszym zgłaszam Pana/Panią:

.....
-------

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy (kandydata na uczestnika projektu)

do Dziennego Domu Opieki Medycznej prowadzonego przez Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie w ramach utrzymania projektu pt. *Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie*. Projekt do 31 maja 2018 r. był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania pro-jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. W okresie trwałości tj. od 1 czerwca 2018 r. środki na realizację programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” pochodzą z dotacji udzielonej przez Gminę Miejską Kraków w trybie programu polityki zdrowotnej.

### I. Dane świadczeniobiorcy (kandydata na uczestnika projektu)

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL (a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy)	
Nazwa i numer/seria dowodu tożsamości	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
POCHODZENIE	
Obszar wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko - miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)	<input type="checkbox"/>
Obszar miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców)	<input type="checkbox"/>
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	

Województwo	
Powiat	
Ulica	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Numer domu	
Numer lokalu	
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
Województwo	
Powiat	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail o ile dotyczy	

## II. Informacje dodatkowe

Dane dodatkowe (należy zaznaczyć prawidłowe dane):	
1.	<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne</p>

		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> inne</li> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> </ul>
2	<p style="text-align: center;">Wykonywany zawód</p> <p style="text-align: center;">INF DODATKOWA:</p> <p style="text-align: center;">wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> inny</li> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej</li> <li><input type="checkbox"/> rolnik</li> </ul>
3	<p style="text-align: center;">Zatrudniony w:</p> <p style="text-align: center;">INF DODATKOWA:</p> <p style="text-align: center;">wypełnić jedynie w przypadku zaznaczenia jako status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu „osoba pracująca”</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">.....</p>

4.	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Tak  <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <input type="checkbox"/> Tak</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <p><input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <input type="checkbox"/> Tak</p>
----	---	---

Oświadczenia:

- 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 każdorazowo w terminie 14 dni kalendarzowych poinformować na piśmie **Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie** w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie w okresie od 1.06.2016 r. do 31.05.2018 r. był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania prospołeczne i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. W okresie trwałości projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” środki na jego realizację i finansowanie w ramach programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” są przekazane przez Gminę Miejską Kraków.
- Wyrażam zgodę na uczestnictwo w programie „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”.
- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem Miejskiego Ośrodka Opieki w części dotyczącej Dziennego Domu Opieki Medycznej w Krakowie, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać, a w szczególności zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w Regulaminie oraz usprawiedliwienia ewentualnych nieobecności.
- Oświadczam, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym (w załączeniu zakres badania ewaluacyjnego) jako uczestnik programu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera (w załączeniu wzór ankiety) po zakończeniu udziału w programie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie DDOM.

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis

### ZAKRES BADANIA EWALUACYJNEGO

**Badanie ewaluacyjne** obejmuje swoim zakresem: wszystkich uczestników programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”.

Do celów statystycznych analizowano następujące cechy ankietowanych: płeć i wiek.

**Badanie ewaluacyjne ma na celu uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:**

1. Jak uczestnik ocenia warunki podczas pobytu w DDOM (w tym: przestrzeń, wyposażenie, godziny świadczenia usług)?
2. Jak uczestnik ocenia świadczenia oferowane przez DDOM (w tym: zakres, jakość oferowanych usług, dostępność personelu medycznego, uprzejmość, zrozumienie i zainteresowanie personelu DDOM, zakres i przydatność informacji przekazywanych w trakcie pobytu przez personel DDOM)?
3. Jak uczestnik ocenia efekty pobytu w DDOM (w tym przydatność wsparcia: lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, opiekuna medycznego, terapeuty zajęciowego, psychologa, dietetyka, logopedy, farmaceuty)?
4. Czy uczestnik uważa, że uzyskane wsparcie (porady, konsultacje) było adekwatne do jego potrzeb i okazało się pomocne?
5. Czy wsparcie umożliwiło poprawę któregoś z poniższych aspektów życia:
  - a. codzienne funkcjonowanie w domu,
  - b. codzienne funkcjonowanie poza domem,
  - c. realizacja zainteresowań,
  - d. kontakt z rodziną,
  - e. kontakt z bliską osobą,
  - f. życie religijne,
  - g. wiara w siebie,
  - h. inne.
6. Czy uczestnik uważa, że ogólna jakość jego życia dzięki uzyskanemu wsparciu (poradom, konsultacjom, zajęciom) uległa poprawie?

## ANKIETA

### oceniająca świadczenia oferowane przez Dzienny Dom Opieki Medycznej (DDOM) w Krakowie

Poniższa ankieta służy wyłącznie ocenie świadczeń udzielanych w ramach DDOM w ramach projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie”, który w okresie od 1.06.2016 r. do 31.05.2018 r. był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”. W okresie trwania projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” środki na jego realizację i finansowanie w ramach programu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Krakowie” są przekazane przez Gminę Miejską Kraków.

Bardzo proszę o uważne przeczytanie poniższych pytań i wybranie wariantu odpowiedzi najbardziej odpowiadającego Państwa opinii. Odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem w okienku obok wybranej odpowiedzi:

#### A. Warunki podczas pobytu w DDOM:

1. Jak ocenia Pani/Pan obiekt DDOM – przestrzeń, wygląd sal?  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO
2. Jak ocenia Pani/Pan wyposażenie DDOM – urządzenia, sprzęt rehabilitacyjny i medyczny?  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO
3. Jak ocenia Pani/Pan godziny świadczenia usług w DDOM?  
 POZYTYWNE                       NEGATYWNE

#### B. Świadczenia oferowane przez DDOM:

1. Jak ocenia Pani/Pan zakres oferowanych usług?  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO
2. Jak ocenia Pani/Pan jakość oferowanych usług?  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO
3. Jak ocenia Pani/Pan dostępność personelu medycznego?  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO
4. Czy uprzejmość, zrozumienie i zainteresowanie personelu DDOM oceniłaby Pani/Pan:  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO
5. Jak ocenia Pani zakres i przydatność informacji przekazywanych w trakcie pobytu przez personel DDOM?  
 WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

**C. Efekty pobytu w DDOM:**

1. Jak ocenia Pani/Pan **przydatność** uzyskanego wsparcia (proszę o odniesienie się do wsparcia, z którego Pani/Pan korzystał(a))?

- wsparcie **lekarza** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **pielęgniarki** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **fizjoterapeuty** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **opiekuna medycznego** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **terapeuty zajęciowego** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **psychologa** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **dietetyka** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **logopedy** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

- wsparcie **farmaceuty** oceniam:

WYSOKO     DOŚĆ WYSOKO     ŚREDNIO     DOŚĆ NISKO     NISKO

2. Czy według Pana/Pani uzyskane wsparcie (porady, konsultacje) **było adekwatne do Pani/Pana potrzeb i okazało się pomocne?**

TAK     CZĘŚCIOWO TAK     NIE     TRUDNO OKREŚLIĆ

3. Czy wsparcie umożliwiło poprawę któregoś z poniższych **aspektów życia?**

CODZIENNE FUNKCJONOWANIE W DOMU

CODZIENNE FUNKCJONOWANIE POZA DOMEM

REALIZACJA ZAINTERESOWAŃ

KONTAKT Z RODZINĄ

KONTAKT Z BLISKĄ OSOBĄ

ŻYCIE RELIGIJNE

WIARA W SIEBIE

INNE NIEWYMIENIONE (proszę podać jakie): .....

.....

.....



6. Czy uważa Pani/Pan, że ogólnajakość życia dzięki uzyskanemu wsparciu (poradom, konsultacjom, zajęciom) uległa poprawie?

TAK

CZĘŚCIOWO TAK

NIE

TRUDNO OKREŚLIĆ

**D. Dane statystyczne:**

1. Płeć pacjenta:

KOBIECIA

MĘŻCZYZNA

2. Wiek pacjenta:

20-35 lat

36-50 lat

51-65 lat

powyżej 65 lat

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety !!!**