

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Kryteria kwalifikacji		Niezbędne dokumenty	Posiadanie dokumentów
KRYTERIA WŁĄCZENIA			tak/nie
Osoba zamieszkała na terenie województwa mazowieckiego		dowód osobisty	
Osoba pełnoletnia		dowód osobisty	
Osoba udzieliła świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie		oświadczenie	
Osoba ma postawioną diagnozę choroby/zespołu otępiennego w fazie łagodnej lub średniozaawansowanej		dokumentacja medyczna	
Osoba wymaga opieki ze względu na chorobę/zespoły otępienne		skala Barthel 45 – 100	
Stan zdrowia osoby nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w systemie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowo wsparcia poza opieką poz i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej		skala Barthel 45 – 100	
Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia:	świadczeń pielęgnacyjnych	skala Barthel 45 – 100	
	świadczeń opiekuńczych		
	świadczeń rehabilitacyjnych		
	terapii zajęciowej		
KRYTERIA WYŁĄCZENIA			tak/nie
Osoba nie spełnia któregoś z wyżej		oświadczenie	

wymienionych kryteriów włączenia			
Osoba korzysta ze świadczeń opieki z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach	opieki długoterminowej,	oświadczenie	
	opieki paliatywnej,		
	opieki hospicyjnej,		
	rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka, oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych		
Osoba korzysta z innego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi w formie dziennej		oświadczenie	
Osoba, w przypadku której podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaburzenie psychiczne (inne niż choroba otępienna) lub uzależnienie		oświadczenie lub dokumentacja medyczna	

Zespół Terapeutyczny stwierdza, że Pan/i
ubiegający/a się o wsparcie w Domu Opieki Medycznej **spełnia/nie spełnia***) **Kryteria Włączenia i zostaje/nie zostaje***) zakwalifikowany/a do udziału w programie.

Nie stwierdzono/stwierdzono*) wystąpienia Kryteriów Wyłączenia, wykluczających osobę z udziału w programie.

Zespół Terapeutyczny:

1.
2.
3.
4.

.....
(Miejscowość, data)

*) niepotrzebne skreślić