Załącznik nr 1 do

Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w turnusach usprawniających

po przebytym covid-19 dla mieszkańców oraz kadry

domów pomocy społecznej z terenu województwa łódzkiego

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA TURNUS USPRAWNIAJĄCY**

**PO PRZEBYTYM COVID-19**

**Projekt „*Kooperacje 3D –model wielosektorowej współpracy na rzecz wsparcia osób i rodzin*” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 2.5 Skuteczna pomoc społeczna**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| TELEFON |  |
| DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO(jeżeli dotyczy) |  |
| TELEFON PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO |  |
| POTWIERDZENIE PRZEBYCIA COVID19 | PROSZĘ dołączyć potwierdzenie, iż Mieszkaniec przechorował COVID -19. Potwierdzeniem tego faktu może być: zaświadczenie lekarskie lub wydruk z konta „e-pacjent” |
| DODATKOWE INFORMACJE |  |
| **DANE DPS** |
| DPS | NAZWA |  |
| TYP DOMU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR |  |
| TELEFON |  |
| EMAIL |  |
| REPREZENTOWANY PRZEZIMIĘ NAZWISKO,STANOWISKO |  |
| OSOBA DO KONTAKTÓW | IMIĘ NAZWISKO |  |
| STANOWISKO |  |
| TELEFON, EMAIL |  |

|  |
| --- |
| **Wnoszę o przyjęcie na turnus usprawniający po przebytym COVID 19, jednocześnie oświadczam, że:**  |
| 1) Wyrażam zgodę na udział w turnusie usprawniającym wraz z usługami, w tym testowaniu na COVID-19, a także wyrażam zgodę na przekazanie informacji dotyczących mojej sytuacji życiowej i danych osobowych dla potrzeb realizacji Turnusu usprawniającego. 2) Oświadczam że mój stan zdrowia pozwala na udział w Turnusie usprawniającym. 3) Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi moich danych w zakresie: imię, nazwisko, PESEL, adres zameldowania/adres zamieszkania, dokumentację medyczną, adres DPS, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail*,* a także imię i nazwisko oraz numer telefonu mojej osoby najbliższej w następujących celach: realizacji na moją rzecz usługi Turnusu usprawniającego. 4) Jednocześnie zostałam/em poinformowany o przysługującym mi prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Nie będzie to miało wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. 5) Zapoznałem się z Regulaminem udziału w turnusie usprawniającym i akceptuję jego warunki.  |
| data ………………………… Miejscowość ……………………………… | podpis …………….……………………… |
| **OŚWIADCZENIE DYREKTORA DPS**  |
| 1) Oświadczam że wszystkie dane powyżej są zgodne z prawdą. 2) Oświadczam, że stan zdrowia mieszkańca pozwala na jego udział w turnusie usprawniającym, a Mieszkaniec spełnia kryterium ponad 40 pkt w skali Barthel. 3) Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem udziału w turnusie usprawniającym i akceptuję jego treść, a także zobowiązuję się do stosowania jego zapisów. 4) Znana mi jest treść art. 233 Kodeksu karnego, który przewiduje odpowiedzialność za składanie fałszywych oświadczeń. 5) Zobowiązuję się do przekazania podmiotowi świadczącemu usługę w dniu rozpoczęcia turnusu: a) Wykazu leków zleconych przez lekarza wraz z informacją o dawkowaniu (załącznik nr 3 do Regulaminu), b) Spisu rzeczy przekazanych na turnus usprawniający (załącznik nr 4 do Regulaminu).  |
| imię i nazwisko Dyrektora DPS |  |
| podpis i pieczęć |  |
| data |  |
| miejscowość |  |

WNIOSEK należy wysłać elektronicznie na adres mailowy: rekrutacja.k3d@rcpslodz.pl