

Załącznik nr 5. Protokół kwalifikujący do udziału w projekcie pn. „Przepis na Opiekę” w zakresie opieki zdeinstytucjonalizowanej w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM)

PROTOKÓŁ KWALIFIKUJĄCY KANDYDATA/TKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Imię i nazwisko Kandydata/tki:.....

PESEL:.....

Kryteria dostępu:

Kandydat/kandydatka:

- mieszka na terenie Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego,
- jest osobą niesamodzielną (otrzymała 40-65 pkt. w skali Barthel), która z powodu: wieku / stanu zdrowia / niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić) potrzebuje wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością/trudnościami w wykonywaniu samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,
- nie korzystała ze wsparcia tego samego typu z EFS w ramach RPO Wł 2014-2020,
- nie jest objęty/a wsparciem w ramach świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach NFZ.

Powyższe stwierdzono na podstawie:

- | | |
|---|--|
| ○ dokumentu tożsamości / oświadczenia o miejscu zamieszkania | ○ zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia |
| ○ karty oceny stanu zdrowia o wg zmodyfikowanej skali Barthel | ○ deklaracji uczestnictwa w projekcie |
| ○ innych dokumentów/rozmowy/wywiadu/ obserwacji | ○ wypisu ze szpitala |

.....

.....

Kandydat/Kandydatka SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA (niewłaściwe skreślić): kryteria dostępu.

Kryteria premiujące:

Kandydat/Kandydatka przedkłada¹:

- oświadczenia o prowadzeniu gospodarstwa jednoosobowego
- oświadczenie o dochodach poniżej minimum socjalnego
- oświadczenie o niepełnosprawności
- zaświadczenie o aktywności zawodowej opiekuna faktycznego

Kandydat/Kandydatka uzyskała punktów w kryteriach premiujących.

¹ Zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie par. 4, za każde z przedłożonych z dokumentów Kandydat/Kandydatka otrzymuje 10 pkt

PODSUMOWANIE OCENY

Na podstawie przeprowadzonej Oceny stwierdzono, że Kandydat/Kandydatka:

☐ kwalifikuje się

☐ nie kwalifikuje się

do objęcia wsparciem w zakresie długoterminowej opieki domowej dostępnym w ramach projektu pn. „Przepis na Opiekę”.

**Rekomendowany okres włączenia do usług w zakresie opieki zdeinstytucjonalizowanej w ramach
Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM)**

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpisy osób upoważnionych do przeprowadzenia oceny)