

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

.....  
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

zamieszkały/a

.....  
.....  
(adres z kodem pocztowym)

PESEL: .....

Nr telefonu: .....

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Wprowadzenie nowatorskich usług i stworzenie poszpitalnej domowej opieki medycznej dla pacjentów po udarze z zastosowaniem koncepcji neurofizjologicznych poprzez zastosowanie pakietu medycznego”, numer umowy: 32/POWER-4.1/UG/2017 współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 realizowanego przez Usługi Pielęgniarskie i Opiekuńcze Małgorzata Tesarz ul. Kościuszki 2 45-062 Opole.

W związku z obowiązkiem informacyjno-promocyjnym zapisane w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. oraz Rozporządzeniu Wykonawczym Komisji (UE) nr 821/2014 z dnia 28 lipca 2014 r. wyrażam zgodę na:

- utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, filmach,
- publikowanie zdjęć na stronie internetowej projektu,
- publikowanie zdjęć w prasie lokalnej i regionalnej.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
2. Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie.
3. Zapoznałem/-am się z zasadami uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję warunki uczestnictwa.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i jednocześnie oświadczam, że dane podane w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....  
(czytelny podpis uczestnika projektu)

.....  
(miejsce i data podpisania deklaracji)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA BENEFICJENTA PROJEKTU

.....  
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

zamieszkały/a

.....  
.....  
(adres z kodem pocztowym)

PESEL: .....

Nr telefonu: .....

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Wprowadzenie nowatorskich usług i stworzenie poszpitalnej domowej opieki medycznej dla pacjentów po udarze z zastosowaniem koncepcji neurofizjologicznych poprzez zastosowanie pakietu medycznego”, numer umowy: 32/POWER-4.1/UG/2017 współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 realizowanego przez Usługi Pielęgniarskie i Opiekuńcze Małgorzata Tesarz ul. Kościuszki 2 45-062 Opole.

W związku z obowiązkiem informacyjno-promocyjnym zapisane w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. oraz Rozporządzeniu Wykonawczym Komisji (UE) nr 821/2014 z dnia 28 lipca 2014 r. wyrażam zgodę na:

- utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, filmach,
- publikowanie zdjęć na stronie internetowej projektu,
- publikowanie zdjęć w prasie lokalnej i regionalnej.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
2. Dobrowolnie deklaruje swój udział w projekcie.
3. Zapoznałem/-am się z zasadami uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję warunki uczestnictwa.
4. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i jednocześnie oświadczam, że dane podane w deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

(czytelny podpis Beneficjenta projektu  
lub opiekuna faktycznego)

(miejsce i data podpisania deklaracji)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Wprowadzenie nowatorskich usług i stworzenie poszpitalnej domowej opieki medycznej dla pacjentów po udarze z zastosowaniem koncepcji neurofizjologicznych poprzez zastosowanie pakietu medycznego”

### **Dane Beneficjenta:**

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wiek:

PESEL:


### **Dane kontaktowe do opiekuna faktycznego:**

Imię i nazwisko:

Adres korespondencyjny  
(ulica, kod pocztowy, miejscowość):

Telefon

*\*wymagane*

E-mail:

*\*opcjonalnie*


Jednostka chorobowa

--

### **Opis uzupełniający:**

1) Opis stanu funkcjonalnego pacjenta dotyczący czynności dnia codziennego (proszę krótko opisać jakie czynności potrafi osoba samodzielnie wykonywać, a do jakich czynności potrzebuje pomocy?)

--

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

[Empty rectangular box for additional information]

*Uwagi dodatkowe:*

Informacje mogące wpłynąć  
na decyzję podczas rekrutacji

[Empty rectangular box for additional information]

.....  
*data i podpis Beneficjenta/opiekuna faktycznego*

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



MINISTERSTWO  
ROZWOJU



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Opole, dn. ....

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Pesel świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu stacjonarnego .....

Nr telefonu komórkowego .....

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych w celu realizacji projektu „Wprowadzenie nowatorskich usług i stworzenie poszpitalnej domowej opieki medycznej dla pacjentów po udarze z zastosowaniem koncepcji neurofizjologicznych poprzez zastosowanie pakietu medycznego” , współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art.24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Usługi Pielęgniarskie i Opiekuńcze Małgorzata Tesarz przy ul. Kościuszki 2 45-062 w Opolu, w celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że mam dostęp do treści swoich danych i ich poprawiania oraz że podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna faktycznego

## ANKIETA EWALUACYJNA DLA RODZIN PACJENTÓW PO UDARACH

Dziękuję Państwu za przyjęcie i wypełnienie niniejszej ankiety. Zakończyliście Państwo udział w naszym Projekcie w związku z czym prosimy o udzielenie odpowiedzi na pytania, które pozwolą nam ocenić czy wsparcie, które zostało Państwu udzielone było pomocne w realizacji opieki nad podopiecznym.

1. Czy w ramach Projektu przychodził do Państwa rehabilitant?
  - tak
  - nie
2. Czy w ramach Projektu przychodziła do Państwa pielęgniarka?
  - tak
  - nie
3. Czy w ramach Projektu przychodziła do Państwa opiekunka medyczna?
  - tak
  - nie
4. Czy ilość godzin w ramach opieki była wystarczająca?
  - tak
  - nie
5. Jeżeli w pytaniu 4 odpowiedź brzmi NIE to proszę wskazać zwiększenia czyjej opieki Państwo oczekiwali (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):
  - rehabilitanta
  - pielęgniarki
  - opiekunki medycznej
  - innej osoby (np. logopedy, psychologa, psychiatry, innej wskazanej): .....
6. Czy obecność osób wymienionych w punktach 1-3 pozwoliła Państwu na zdobycie nowej wiedzy teoretycznej w zakresie udaru mózgowego?
  - tak
  - nie
7. Czy obecność osób wymienionych w punktach 1-3 pozwoliła Państwu na zdobycie nowych umiejętności praktycznych w zakresie udaru mózgowego?
  - tak
  - nie
  - jeżeli TAK to jakich:
    - umiejętności w pomocy lub wykonaniu czynności higienicznych
    - umiejętności w codziennej rehabilitacji
    - umiejętności w karmieniu
    - pomocy w przemieszczaniu się
    - umiejętności w komunikowaniu się z chorym
8. Z jakiej dodatkowej formy wsparcia chcieliby Państwo skorzystać (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):
  - Wsparcie psychologiczne
  - Wsparcie finansowe
  - Wsparcie prawne
  - Stała pomoc asystenta osoby niepełnosprawnej
  - Inne osoby .....
  - Nie mam potrzeby korzystania z dodatkowej formy wsparcia

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

9. Czy w związku z udziałem w Projekcie mieli Państwo możliwość wyjścia z domu i załatwienia swoich spraw bez lęku o pozostawionego podopiecznego?
- tak  
 nie
10. Czy w związku z udziałem w Projekcie zaobserwowali Państwo poprawę funkcjonowania podopiecznego w zakresie czynności życia codziennego (toaleta ciała, spożywanie posiłków, przemieszczanie się)?
- tak  
 nie
11. Czy w związku z udziałem w Projekcie zaobserwowali Państwo poprawę funkcjonowania w zakresie życia społecznego (chęć kontaktów ze znajomymi, wyjście z domu)?
- tak  
 nie  
 nieznacznie
12. Czy udział w Projekcie pozwolił Państwu na nawiązanie lub utrzymanie kontaktów społecznych?
- tak  
 nie
13. Czy udział w Projekcie pozwolił Państwu na skorzystanie z przerwy w opiece nad podopiecznym?
- tak  
 nie
14. Czy poleciliby Państwo udział w takim Projekcie innym Rodzinom?
- tak  
 nie
15. Jakie korzyści przyniósł Państwu udział w Projekcie (możliwość kilku odpowiedzi):
- Wzrost poczucia bezpieczeństwa  
 Ograniczenie lęku związanego z opieką nad podopiecznym  
 Ułatwienie funkcjonowania społecznego  
 Zmniejszenie stresu związanego z opieką nad podopiecznym  
 Uzyskanie wsparcia ze strony pracowników medycznych
16. Jakiego typu placówka lub wsparcie dla osób niepełnosprawnych i ich Rodzin jest potrzebna Państwa zdaniem na terenie Opola:
- dzienny dom pobytu  
 ośrodek rehabilitacyjny  
 krótkoterminowy ośrodek pobytu  
 miejsce wsparcia i spotkań dla rodzin i opiekunów faktycznych  
 telefoniczne porady i wsparcie dla opiekunów  
 inne (jakie?).....
17. Państwa inne uwagi z zakresie udziału w Projekcie:

.....

.....

.....

.....

.....

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego