

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY
„DREWNICKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ”
W PROJEKCIE PN. „PROGRAM WSPARCIA DOMÓW OPIEKI MEDYCZNEJ”**

§ 1

Informacje ogólne

1. Niniejszy Regulamin organizacyjny, określa zasady funkcjonowania i organizacji „Drewnickiego Domu Opieki Medycznej”, w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”.
2. Ilekroć w Regulaminie mowa jest o:
 - 1) DDOM – należy przez to rozumieć „Drewnicki Dom Opieki Medycznej”,
 - 2) Dniach roboczych – należy przez to rozumieć dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
 - 3) Fundacji – należy przez to rozumieć Fundację „Zdrowie w Głowie”,
 - 4) Projekt – należy przez to rozumieć projekt pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”,
 - 5) Uczestnikach – należy przez to rozumieć osoby starsze, cierpiące na zespoły otępienne, uczęszczające do DDOM,
 - 6) Regulamin – należy przez to rozumieć niniejszy Regulamin organizacyjny.
3. DDOM prowadzony jest przez Fundację „Zdrowie w głowie” w partnerstwie z Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim Drewnica Sp. z o.o., w ramach zadania publicznego pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”, współfinansowanego ze środków budżetu Województwa Mazowieckiego, zgodnie z umową nr W/UMWM-UU/UM/ZD/929/2023 z dnia 11.04.2023 r.
4. DDOM działa w oparciu o:
 - 1) obowiązujące przepisy prawa;
 - 2) niniejszy Regulamin.
5. DDOM jest miejscem pomocy i wsparcia dla osób starszych, chorujących na zespoły otępienne w łagodnej i średniozaawansowanej fazie choroby, zamieszkałych na terenie województwa mazowieckiego.
6. Świadczenia w ramach DDOM są realizowane w budynku Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica Sp. z o.o. (pomieszczenia w budynku H), mieszczącym się pod adresem 05-091 Ząbki, ul. Rychlińskiego 1.
7. DDOM jest placówką koedukacyjną, dysponującą miejscami dziennego pobytu dla 16 uczestników.

§ 2

Organizacja i zasady funkcjonowania DDOM

1. Funkcjonowanie DDOM opiera się na zasadach jednoosobowego kierownictwa, służbowego podporządkowania, podziału czynności służbowych i indywidualnej odpowiedzialności za wykonywane zadania.
2. Nadzór nad DDOM sprawuje Prezes Fundacji.
3. W DDOM tworzy się stanowiska zgodnie z ofertą projektu:
 - 1) zasoby kadrowe w zakresie merytorycznym;
 - 2) zasoby kadrowe w zakresie administracyjnym.
4. Pracą DDOM kieruje Koordynator projektu, który odpowiada za bieżącą działalność DDOM, a także za całościową realizację zadań zgodnie z projektem. Koordynator projektu jest także bezpośrednim przełożonym zatrudnionych pracowników projektu oraz prowadzi nadzór nad wolontariuszami. W trakcie nieobecności Koordynatora projektu zastępstwo w zakresie administrowania DDOM sprawuje wyznaczony przez niego na piśmie pracownik projektu.
5. Szczegółowe obowiązki dla poszczególnych stanowisk określa Prezes Fundacji w umowach zawieranych z pracownikami projektu.
6. Działalność DDOM może być uzupełniana wykonywaniem przez wolontariuszy świadczeń odpowiadających świadczeniu pracy przez pracownika projektu. Szczegółowy zakres, sposób i czas wykonywania przez wolontariusza świadczeń określa porozumienie zawierane przez Prezesa Fundacji z wolontariuszami.
7. Schemat organizacyjny DDOM stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

§ 3

Czas pracy DDOM

1. Rekrutacja Uczestników do DDOM trwa od rozpoczęcie projektu tj. od dnia 01.04.2023 r. do 31.12.2023 r.
2. DDOM działa od dnia 01.05.2023 r. do dnia 31.12.2023 r., przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku), w godzinach od 7:00 do 17:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W sytuacji organizowania w DDOM imprez okolicznościowych lub innych wydarzeń poza dniami i godzinami funkcjonowania DDOM, o których mowa w ust. 1, dni i godziny zostaną określone indywidualnie w każdym przypadku.
4. Pracownicy projektu wykonują pracę w dniach od poniedziałku do piątku zgodnie z miesięcznym harmonogramem sporządzanym przez Koordynatora projektu.

§ 4

Cel i zadania DDOM

1. Celem działalności Drewnickiego Domu Opieki Medycznej jest:

- 1) wsparcie osób chorych na choroby otępienne, które nie wymagają hospitalizacji, a wymagają pomocy medycznej w formie dziennej (w tym różnych form rehabilitacji psychofizycznej);
- 2) poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami z chorobami otępiennymi;
- 3) minimalizacja liczby osób hospitalizowanych z powodu chorób otępiennych;
- 4) zwiększenie dostępności osób chorych na choroby otępienne do usług nieinstytucjonalnych;
- 5) zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i socjalno-bytowych osób chorych;
- 6) poprawa, jakości życia osób dotkniętych zespołami otępiennymi, w tym wydłużenie czasu aktywności psychicznej i fizycznej, polepszenie ich funkcji poznawczych oraz funkcjonowania w społeczeństwie;
- 7) kształtowanie u osób chorych umiejętności samodzielnego funkcjonowania oraz umiejętności interpersonalnych;
- 8) edukacja rodzin/opiekunów na temat chorób otępiennych, adaptacja do zmian wynikających z przewlekłej choroby osób bliskich, pomoc w sprawowaniu nad nimi opieki;
- 9) zacieśnienie więzi między osobami chorymi, a ich rodzinami/opiekunami;
- 10) wsparcie rodzin/opiekunów osób chorych w aktywizacji zawodowej, uzyskaniu samodzielności, a tym samym zminimalizowanie konieczności korzystania z zasiłków;
- 11) zaspokojenie potrzeb towarzyskich, kulturalnych i rekreacyjnych osób chorych;
- 12) podniesienie świadomości w społeczeństwie na temat chorób otępiennych przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu osób chorych na choroby otępienne i ich rodzin/opiekunów;
- 13) szerzenie wśród dzieci i młodzieży idei wolontariatu.

2. Zadania DDOM opierają się na zapewnieniu:

- 1) dziennego pobytu uczestnikom;
- 2) wyżywienia w postaci dwóch posiłków (w tym jednego gorącego);
- 3) opieki ze strony wykwalifikowanego personelu terapeutyczno-opiekuńczego oraz specjalistów (m.in. lekarza specjalisty psychiatry, pielęgniarki, psychologa, logopedy, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, opiekuna medycznego, dietetyka, choreoterapeuty, muzykoterapeuty, pracownika socjalnego);
- 4) usług opiekuńczo – pielęgnacyjnych, które polegają na:
 - udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych oraz zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie;
 - pomocy ze strony opiekuna medycznego lub pielęgniarki pełniących rolę wspomagająco-opiekuńczą oraz edukacyjną, bez prowadzenia lekoterapii (ewentualnie przypomnienie o konieczności zażycia leków);
- 5) zorganizowania czasu wolnego uczestnikom w bezpieczny i godny sposób;
- 6) ubezpieczenia każdego z uczestników DDOM od następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 7) stymulowania utrzymywania kontaktu z rodziną i najbliższym otoczeniem społecznym poprzez udział w imprezach okolicznościowych;
- 8) udziału w wycieczkach i wydarzeniach kulturalno-oświatowych.

§ 5

Zasady naboru uczestnika DDOM

Zasady naboru uczestników do DDOM określa **Procedura przyjęcia Uczestnika**, stanowiąca załącznik nr 2 do Regulaminu.

§ 6

Zasady kwalifikacji do dalszego uczestnictwa w DDOM - ewaluacja Uczestników

1. Ewaluacja uczestników:
 - 1) ma na celu weryfikację wskazań do dalszego uczestnictwa w DDOM;
 - 2) przeprowadzana jest, co 4 miesiące przez wskazanego członka zespołu terapeutycznego;
 - 3) jest dokonywana na podstawie obserwacji i informacji zebranych od całego zespołu terapeutycznego (stanu psychicznego, fizycznego i somatycznego uczestnika, analizy dokumentacji prowadzonej w DDOM);
2. Wynik ewaluacji decyduje o dalszej kwalifikacji uczestnika do DDOM, w przypadku osób, których stan zdrowia nie pozwoli na uczestnictwo w DDOM, na jego miejsce zostanie wpisany kolejny uczestnik z listy rezerwowej lub zakwalifikowany z następnej rekrutacji.

§ 7

Transport Uczestników DDOM

1. Uczestnicy DDOM mają możliwość zamówienia bezpłatnego dowozu do DDOM na zajęcia lub dowozu do miejsca zamieszkania z DDOM po zakończeniu zajęć.
2. Usługa dowozu jest realizowana w obrębie 15 km w linii prostej od siedziby DDOM.
3. Transport jest zapewniony w każdy dzień funkcjonowania DDOM.
4. Konieczność skorzystania z transportu należy zgłosić telefonicznie lub osobiście dzień wcześniej, do Koordynatora lub innego pracownika DDOM.
5. Podczas jazdy uczestnicy mają obowiązek siedzieć w wyznaczonym miejscu przez kierowcę.
6. Przy wsiadaniu i wysiadaniu z pojazdu uczestnicy są zobowiązani zachować szczególną ostrożność.
7. Rodziny/opiekunowie są zobowiązani doprowadzić uczestnika do samochodu i odebrać go z samochodu.
8. Brak opiekunów w miejscu zamieszkania, po bezskutecznych próbach kontaktu z nimi, skutkuje powiadomieniem odpowiednich służb o pozostawieniu uczestnika bez opieki.
9. Opiekunowie są odpowiedzialni za bezpieczeństwo uczestników od momentu wyjścia z miejsca zamieszkania do wejścia do samochodu i od momentu wyjścia z samochodu do miejsca zamieszkania.
10. Kierowca może pozostawić uczestnika samego w miejscu zamieszkania, pod warunkiem, że uczestnik jest samodzielny, co jest potwierdzone wpisami w dokumentacji DDOM.
11. Po dowozie uczestnika do miejsca zamieszkania oraz odbiorze przez opiekuna, DDOM nie ponosi odpowiedzialności za uczestnika.
12. Wykonanie usługi dowozu uczestnik/opiekun potwierdza podpisem w dzienniku dowozu uczestników, który posiada kierowca pojazdu.

§ 8

Prawa i obowiązki Uczestników DDOM

1. Uczestnicy przebywają w DDOM dobrowolnie i sami mogą decydować o rezygnacji z udziału w projekcie DDOM.
2. Każdy z Uczestników DDOM ma prawo do:
 - 1) godnego i podmiotowego traktowania;
 - 2) poszanowania prywatności i intymności;
 - 3) zachowania w tajemnicy spraw ich dotyczących;
 - 4) poszanowania ich przekonań, poglądów i praktyk religijnych;
 - 5) uzyskania pomocy według zgłoszonych potrzeb, o ile leży to w kompetencjach i możliwościach pracowników DDOM;
 - 6) współdecydowania w sprawach ich dotyczących;
 - 7) korzystania z posiłków, zajęć, sprzętów i urządzeń dostępnych na terenie DDOM;
 - 8) dostępu do imprez kulturalno-oświatowych, rekreacyjnych organizowanych przez personel DDOM;
 - 9) zaspokojenia potrzeb życiowych, m.in. poprzez zapewnienie miejsca do bezpiecznego i godnego spędzania czasu;
 - 10) rzetelnego rozpatrywania zgłaszanych skarg i wniosków.
3. Każdy z Uczestników DDOM zobowiązany jest do:
 - 1) aktywnego udziału w zajęciach terapeutycznych;
 - 2) potwierdzania pobytu poprzez podpis na liście obecności;
 - 3) punktualnego przyjazdu do DDOM, tj. w godzinach od 7:00 do 8:00;
 - 4) opuszczenia DDOM do godziny 17:00;
 - 5) informowania telefonicznego o ewentualnych spóźnieniach lub nieobecnościach w danym dniu, najpóźniej do godziny 8:00;
 - 6) przestrzegania czasu zajęć i ustalonego porządku;
 - 7) zgłaszania każdorazowo wyjścia z DDOM w trakcie zajęć i potwierdzanie tego faktu podpisem w książce wyjść uczestników;
 - 8) przestrzegania zasad i norm współżycia społecznego na terenie DDOM oraz poza jego siedzibą podczas wydarzeń kulturalno-oświatowych oraz spotkań okolicznościowych;
 - 9) szanowania sprzętów udostępnionych na terenie DDOM oraz zachowania czystości i porządku w miejscu korzystania z zajęć;
 - 10) podejmowania współdziałania z personelem w zakresie prowadzonych zajęć oraz wprowadzanych zasad;
 - 11) zgłaszania do kadry DDOM osobiście lub telefonicznie planowanych nieobecności, z co najmniej jednodniowym wyprzedzeniem;
 - 12) uczestniczenia w warsztatach oraz innych zajęciach oferowanych przez pracowników placówki;
 - 13) ponoszenia odpowiedzialności finansowej przez uczestników/opiekunów za umyślne zniszczenie sprzętów w DDOM, na podstawie sporządzonego przez pracowników DDOM kosztorysu.
4. Uczestników DDOM obowiązuje zakaz:

- 1) spożywania alkoholu i innych środków odurzających na terenie DDOM, a także przebywania w DDOM pod ich wpływem;
 - 2) palenia tytoniu i e-papierosów na terenie DDOM, w miejscach innych, niż do tego wyznaczone;
 - 3) wnoszenia sprzętów i wyposażenia DDOM;
 - 4) wprowadzania na teren DDOM osób nieupoważnionych oraz zwierząt;
 - 5) wnoszenia na teren DDOM rzeczy, sprzętów, dokumentów, gotówki, zbędnych podczas pobytu lub niebędących własnością uczestnika, za których zagubienie/zniszczenie DDOM nie odpowiada.
5. Decyzję o skreśleniu z listy uczestników podejmuje Prezes Fundacji na wniosek Koordynatora projektu, w przypadkach, gdy:
- 1) uczestnik w sposób rażący, nagminny i niebezpieczny narusza normy współżycia społecznego, porządek i dyscyplinę lub stanowi zagrożenie dla życia, zdrowia innych uczestników lub kadry DDOM;
 - 2) znacznie pogorszył się stan zdrowia uczestnika uniemożliwiający dalsze funkcjonowanie w DDOM;
 - 3) uczestnik jest nieobecny powyżej 10 dni roboczych w miesiącu;
 - 4) wynik ewaluacji uczestnika jest negatywny, co jest związane z pogorszeniem się stanu jego zdrowia;
 - 5) zostaną naruszone przez uczestnika postanowienia niniejszego Regulaminu;
 - 6) uczestnik zrezygnuje z zajęć w DDOM.

§ 9

Zasady regulujące wyjazdy Uczestników na wycieczki, wyjścia z DDOM pod opieką kadry

1. Uczestnicy w ramach pobytu w DDOM mogą uczestniczyć w wydarzeniach kulturalno-oświatowych i innych zajęciach organizowanych przez kadrę poza siedzibą DDOM.
2. Wydarzenia realizowane będą zgodnie z programem DDOM.
3. Kwalifikacji do udziału w powyższych wydarzeniach dokonuje kadra DDOM biorąc pod uwagę predyspozycje uczestników.
4. W czasie wydarzeń, o których mowa w ust.1, uczestnicy zobowiązani są do przestrzegania norm i zasad współżycia społecznego, a w szczególności do trzymania dyscypliny.
5. Wobec uczestników nieprzestrzegających dyscypliny podczas wydarzeń, o których mowa w ust.1, mogą być wyciągnięte następujące konsekwencje:
 - 1) rozmowa dyscyplinująca;
 - 2) wykluczenie z dalszego uczestnictwa w wydarzeniach, o których mowa w ust.1.
6. O rodzaju konsekwencji, o których mowa w ust. 5 decyduje Prezes Fundacji w porozumieniu z koordynatorem projektu.

§ 10

Dokumentacja uczestników

1. W DDOM prowadzona jest indywidualna dokumentacja dotycząca uczestników:
 - 1) kwestionariusz osobowy wraz z oświadczeniami;

- 2) zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę otępienną we wstępnym lub średniozaawansowanym etapie;
 - 3) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (grupa inwalidzka);
 - 4) wywiad z uczestnikami DDOM /rodziną/opiekunami osoby dotkniętej chorobą otępienną;
 - 5) oświadczenie uczestnika o zapoznaniu się z niniejszym Regulaminem;
 - 6) zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku;
 - 7) inne dokumenty związane bezpośrednio z pobytem uczestnika w DDOM.
2. Akta uczestników prowadzone są przez personel DDOM.
 3. Dokumentację DDOM stanowią również:
 - 1) książka ewidencji uczestników;
 - 2) listy obecności uczestników;
 - 3) książka wyjść uczestników;
 - 4) dzienniki zajęć;
 - 5) plany pracy DDOM;
 - 6) sprawozdania z działalności DDOM;
 - 7) książka ewidencji skarg i wniosków;
 - 8) dziennik dowozu uczestników;
 - 9) inna dokumentacja wynikająca z funkcjonowania DDOM.

§ 11

Skargi i wnioski

1. Uczestnikom/opiekunom przysługuje prawo składania skarg i wniosków.
2. Skargi oraz wnioski przyjmuje Prezes Fundacji, w dniach i godzinach każdorazowo uzgadnianych telefonicznie pod numerem telefonu 22 419 70 02 od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00 – 14.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. Koordynator przyjmuje w sprawach skarg i wniosków, w dniach i godzinach każdorazowo uzgadnianych telefonicznie pod numerem telefonu 22 419 70 02, od poniedziałku do piątku, w godzinach 9.00 – 14.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
4. Uczestnikom/opiekunom przysługuje możliwość składania skarg/wniosków do DDOM w formie ustnej, pisemnej, telefonicznej lub za pomocą poczty elektronicznej na adres: **fundacjazdrowiewglowie@gmail.pl**.
5. Pracownik projektu przyjmujący skargę/wniosek jest zobowiązany jak najszybciej przekazać skargę/wniosek Koordynatorowi.
6. Skargi będą rozpatrywane po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, jednak nie później, niż w terminie do 3 tygodni.
7. Wnioski będą rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 3 tygodni.
8. Skarga ustna jest protokołowana przez osobę przyjmującą skargę i podpisywana przez skarżącego/wnioskującego.
9. Skargi/wnioski są ewidencjonowane w księdze skarg/wniosków zawierającej:
 - 1) datę zarejestrowania skargi/wniosku;

- 2) adres osoby lub instytucji wnoszącej skargę/wniosek;
 - 3) informację na temat, czego dotyczy skarga/wniosek;
 - 4) termin załatwienia skargi, wniosku;
 - 5) imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za załatwienie skargi/wniosku;
 - 6) datę rozpatrzenia skargi/wniosku.
- a) krótką informację o sposobie rozpatrzenia.

§ 12

Postanowienia końcowe

1. Każdy kandydat na uczestnika DDOM oraz jego rodzina/opiekun zostaje zapoznany z treścią niniejszego Regulaminu w trakcie procesu rekrutacyjnego.
2. Naruszenie przez uczestnika postanowień Regulaminu może spowodować:
 - 1) udzieleniem upomnienia, a w dalszej konsekwencji przy drugim upomnieniu skreślenie z listy uczestników DDOM;
 - 2) skreślenie z listy uczestników DDOM – poprzez uchylene decyzji o możliwości pobytu w DDOM.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem stosuje się obowiązujące przepisy prawa.
4. Zastrzega się prawo wniesienia zmian do Regulaminu lub wprowadzenie dodatkowych postanowień. Zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane będą w formie aneksów w trybie wymaganym dla jego zatwierdzenia.
5. W przypadku zmian dokonywanych w niniejszym Regulaminie lub wprowadzenie dodatkowych postanowień niezwłocznie poinformuje się o tym fakcie uczestników DDOM.
6. Zapewnia się każdemu uczestnikowi, jego rodzinie/opiekunom stały dostęp do niniejszego Regulaminu.
7. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
8. Załączniki stanowią integralną część Regulaminu.

§ 13

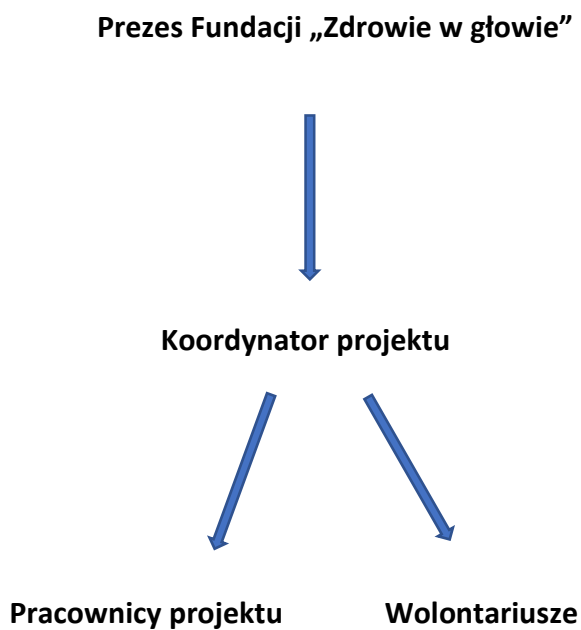
Załączniki

- Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny Drewnickiego Domu Opieki Medycznej (DDOM).
- Załącznik nr 2 – Zasady naboru uczestników do DDOM.
- Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych uczestnika Drewnickiego Domu Opieki Medycznej.
- Załącznik nr 4 – Oświadczenie uczestnika DDOM o wyrażeniu zgody na utrwalenie, wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku.
- Załącznik nr 5 – Informacja o przyjmowanych lekach na stałe.
- Załącznik nr 6 – Kwestionariusz zgłoszeniowy uczestnika Drewnickiego Domu Opieki Medycznej.
- Załącznik nr 7 – Deklaracja uczestnika z oświadczeniami:
- że uczestnictwo w Drewnickim Domu Opieki Medycznej jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność,
 - zapoznaniu i akceptacji Regulaminu DDOM,
 - iż obecny stan zdrowia uczestnika pozwala na pobyt w DDOM i udział w zajęciach,

- udzieleniu informacji, że Drewnicki Dom Opieki Medycznej działający w ramach projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej” realizowany przez Fundację „Zdrowie w głowie” w partnerstwie z Mazowieckim Szpitalem Wojewódzkim Drewnica Sp. z o.o., jest dofinansowany ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego,
- odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za założenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.

Załącznik nr 1
do Regulaminu „Drewnickiego Domu Opieki Medycznej”
w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

SCHEMAT ORGANIZACYJNY DREWNICKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ





Załącznik nr 2
do Regulaminu „Drewnickiego Domu Opieki Medycznej”
w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

ZASADY NABORU UCZESTNIKÓW DO DREWNICKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ (DDOM)

1. Nabór na uczestnika DDOM następuje na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela za zgodą osoby zainteresowanej.
2. Rekrutacja beneficjentów do *Drewnickiego Domu Opieki Medycznej* odbywa się w dwóch etapach:
 - 1) Etap I
 - zgłoszenia telefoniczne 22 419 70 02; 22 419 72 63 lub poprzez pocztę email fundacjazdrowiewglowie@gmail.pl,
 - wypełnienie kwestionariusza zgłoszeniowego (załącznik nr 6 Regulaminu *Drewnickiego Domu Opieki Medycznej* w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”);
 - 2) Etap II - konsultacje kwalifikacyjne – prowadzone przez zespół terapeutyczny (lekarz specjalista psychiatra, psycholog, pielęgniarka). O dacie i godzinie konsultacji kwalifikacyjnej kandydat na uczestnika DDOM zostanie powiadomiony telefonicznie lub pocztą elektroniczną.
3. Konsultacja kwalifikacyjna odbywać się będzie w siedzibie DDOM (Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o. ul. Rychlińskiego 1, 05-091 Żąbki, budynek H).
4. Warunkiem kwalifikacji jest przedstawienie aktualnego zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego chorobę otępienną (zespół chorób otępiennych) w fazie wczesnej lub średniozaawansowanej.
5. Beneficjentem może być wyłącznie mieszkaniec Województwa Mazowieckiego.
6. Rekrutacja odbywać się będzie przez cały czas trwania projektu tj. do 31.12.2023 r.
7. W przypadku wyczerpania liczby miejsc, zostanie utworzona lista osób oczekujących.
 - 1) Zapisy na listę rezerwową odbywają się drogą mailową oraz telefonicznie.
 - 2) Osoby z listy rezerwowej, będą miały pierwszeństwo zakwalifikowania się w przypadku zwolnienia się miejsca w DDOM, według kolejności zgłoszeń.
 - 3) Kandydat na uczestnika może zgłosić się osobiście lub może zgłosić go rodzina/opiekunowie.
8. Dokumenty rekrutacyjne stanowią:
 - 1) Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę otępienną (zespół chorób otępiennych) w fazie wczesnej lub średniozaawansowanej.
 - 2) Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych uczestnika DDOM (*Załącznik nr 3 do Regulaminu Drewnickiego Domu Opieki Medycznej w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”*).
 - 3) Oświadczenie uczestnika DDOM o wyrażeniu zgody na utrwalenie, wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku (*Załącznik nr 4 do Regulaminu Drewnickiego Domu Opieki Medycznej w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”*).

- 4) Informacja o przyjmowanych lekach na stałe (*Załącznik nr 5 do Regulaminu Drewnickiego Domu Opieki Medycznej w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”*).
- 5) Kwestionariusz zgłoszeniowy uczestnika (*Załącznik nr 6 do Regulaminu Drewnickiego Domu Opieki Medycznej w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”*).
- 6) Deklaracja uczestnika z oświadczeniami:
 - że uczestnictwo w DDOM jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność,
 - o zapoznaniu i akceptacji Regulaminu DDOM,
 - iż obecny stan zdrowia uczestnika pozwala na pobyt w DDOM i udział w zajęciach,
 - o udzieleniu informacji, że DDOM działający w ramach projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej” realizowany przez Fundację „Zdrowie w głowie”, jest dofinansowany ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego,
 - o odpowiedzialności karnej z art.233 Kodeksu Karnego za założenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.

(Załącznik nr 7 do Regulaminu Drewnickiego Domu Opieki Medycznej w projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”).
9. Dokumenty, o których mowa w pkt. 8 (załączniki) są dostępne w siedzibie Fundacji „Zdrowie w Głowie”.
10. Osoba zainteresowana, zobowiązana jest do podania informacji zgodnych ze stanem faktycznym oraz do wypełnienia dokumentów w sposób kompletny i czytelny.
11. Do DDOM będą przyjmowane osoby na podstawie złożonego kompletu dokumentów, które pozytywnie przejdą konsultację kwalifikacyjną, spełniające kryteria, o których mowa w pkt. 4 i 5, oraz wyrażające gotowość do regularnego i aktywnego uczestnictwa.



Załącznik nr 3
do Regulaminu „Drewnicki Dom Opieki Medycznej”
projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

KLAZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA DREWNICKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ (DDOM)

Przetwarzamy Państwa dane osobowe zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych uczestników projektu „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej ” jest Fundacja „Zdrowie w głowie”, adres: ul. Karola Rychlińskiego 1, 05-091 Ząbki;
- 2) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. e) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym;
- 3) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 5) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat liczonych od dnia zakończenia projektu „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej ”
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej ”;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika



Załącznik nr 4
do Regulaminu „Drewnicki Dom Opieki Medycznej”
projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA DREWNICKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ (DDOM)
O WYRAŻENIU ZGODY NA UTRWALENIE, WYKORZYSTANIE I ROZPOWSZECHNIANIE
WIZERUNKU**

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

PESEL, jako uczestnik *Drewnickiego Domu Opieki Medycznej*, na podstawie art. 81 ust. 11 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1231, z późn. zm.), przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), że wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne, bezterminowe utrwalenie i wykorzystanie mojego wizerunku oraz głosu wypowiedzi, a także wykonanych przeze mnie różnych prac rysunkowych, malarskich itp. przez Fundację „Zdrowie w Głowie” z siedzibą w Ząbkach przy ul. Rychlińskiego 1, NIP: 1251696519, REGON: 383976106, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XIV Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000796895, w ramach realizacji projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej” jedynie w celach informacyjnych i promocyjnych. Zakres udzielonej przeze mnie zgody obejmuje wykorzystanie mojego wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, poprzez publikację zdjęć, nagrań wideo na łamach prasy, w mediach społecznościowych, na stronach internetowych, w tekstach promocyjnych, prezentacjach, w pozostałych publikacjach oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji. Jednocześnie:

- 1) oświadczam, że rozpowszechnianie mojego wizerunku nie będzie naruszało moich dóbr osobistych, w rozumieniu art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.);
- 2) upoważniam Fundację „Zdrowie w Głowie” do wyłącznego decydowania o formie, miejscu i czasie wykorzystywania, w tym rozpowszechniania mojego wizerunku mojego oraz zestawiania ich z innymi wizerunkami;
- 3) zrzekam się przy tym prawa do kontroli i każdorazowego zatwierdzenia wykorzystania mojego wizerunku;
- 4) zrzekam się wszelkich roszczeń, w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych) względem Fundacji „Zdrowie w Głowie” z tytułu wykorzystania mojego wizerunku na potrzeby jak w oświadczeniu;
- 5) oświadczam, że moja zgoda nie jest ograniczona czasowo ani terytorialnie i dotyczy wszelkich zdjęć i materiałów wideo z moim udziałem wykonanych podczas działań związanych z realizacją projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”.

*Zgodę na wykorzystanie wizerunku, można wycofać w dowolnym momencie. Wystarczy, sporządzić stosowną informację na piśmie.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika



Załącznik nr 5
do Regulaminu „Drewnicki Dom Opieki Medycznej”
projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

INFORMACJA O PRZYJMOWANYCH LEKACH NA STAŁE

Lp.	Godzina przyjmowania	Nazwa leku	Dawka

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika

Załącznik nr 6
do Regulaminu „Drewnicki Dom Opieki Medycznej”
projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DREWNICKIEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ (DDOM)

I. DANE UCZESTNIKA

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	

II. DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO KONTAKTU W SPRAWACH UCZESTNIKA (W RAZIE NAGŁYCH SYTUACJI ORAZ ODBIORU UCZESTNIKA PO ZAJĘCIACH)

OSOBA 1

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres mailowy	
Stopień pokrewieństwa	

OSOBA 2

Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres mailowy	
Stopień pokrewieństwa	

MERYTORYCZNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA

1.	Niepełnosprawność i spowodowane nią ograniczenia (załączyć ksero orzeczenia)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Symbol niepełnosprawności	
2.	Choroby współistniejące wymagające szczególnego postępowania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Wymenić jakie:	
3.	Alergie /uczulenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Wymenić jakie:	
4.	Stosowana / wymagana dieta	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Rodzaj diety, krótki opis:	
5.	Wymagane wsparcie przy poruszaniu się	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> pomoc osoby drugiej <input type="checkbox"/> kule <input type="checkbox"/> laska <input type="checkbox"/> balkonik <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	
6.	Stosowanie innych środków pomocniczych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> okulary korekcyjne <input type="checkbox"/> aparat słuchowy <input type="checkbox"/> inne, jakie:	

7.	Zachowanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> wymaga pomocy osoby drugiej
8.	Stopień samodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb fizjologicznych	<input type="checkbox"/> samodzielny	<input type="checkbox"/> wymaga całkowitej pomocy <input type="checkbox"/> wymaga częściowej pomocy osoby drugiej, zakres pomocy
9.	Zachowania niepożądane (agresja)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Jakie oraz sposoby radzenia w takich sytuacjach:	
10.	Uzależnienia (kawa, nikotyna, alkohol, leki)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Wymenić jakie:	
11.	Sposób dotarcia do placówki oraz powrót	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> pod opieką osoby drugiej Imię i nazwisko Nr telefonu	
12.	Inne, nieuwzględnione powyżej istotne uwagi, dotyczące ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej uczestnika;		

III. INNE ISTOTNE INFORMACJE O UCZESTNIKU

1.	Wykształcenie	
2.	Doświadczenie zawodowe	
3.	Ulubiony rodzaj aktywności/ preferowane zajęcia	
4.	Zainteresowania	

IV.CHARAKTERYSTYKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO UCZESTNIKA

uczestnik mieszka z rodziną,
proszę podać rodzaj pokrewieństwa

uczestnik mieszka samotnie, ma stały kontakt z rodziną
proszę podać jak częsty i w jakiej formie

uczestnik mieszka samotnie, ma sporadyczny kontakt z rodziną
Proszę podać jak częsty i w jakiej formie

uczestnik mieszka samotnie i nie ma kontaktu z rodziną

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika



Załącznik nr 7
do Regulaminu „Drewnicki Dom Opieki Medycznej”
projekcie pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej”

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a,

PESEL,

- 1) Oświadczam, iż mój obecny stan zdrowia pozwala mi na pobyt i udział w zajęciach *Drewnickiego Domu Opieki Medycznej* działającego w ramach projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej” realizowanego przez Fundację „Zdrowie w głowie”, wyrażam gotowość do systematycznego i czynnego uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.

- 2) Oświadczam, że zgłaszam swoje uczestnictwo dobrowolnie i na własną odpowiedzialność.

- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu *Drewnickiego Domu Opieki Medycznej* działającego w ramach projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej” realizowanego przez Fundację „Zdrowie w głowie” i akceptuję jego warunki.

- 4) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że *Drewnicki Dom Opieki Medycznej* działający w ramach projektu pn. „Program Wsparcia Domów Opieki Medycznej” realizowany przez Fundację „Zdrowie w głowie”, jest dofinansowany ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego.

- 5) Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za założenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym uczestnika są zgodne z prawdą.

.....
Data

.....
Czytelny podpis