

Załącznik nr 3 do Regulaminu organizacyjnego  
Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skoczowie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
PN.: DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W SKOCZOWIE**

| <b>DANE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU:</b> |                     |
|---|---------------------|
| Imię (imiona)                                 |                     |
| Nazwisko                                      |                     |
| Płeć  | Kobieta / Mężczyzna |
| Data urodzenia                                |                     |
| PESEL   |                     |
| Ilość uzyskanych punktów w skali Barthel      |                     |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>                    |                     |
| Kod pocztowy, miejscowość                     |                     |
| Województwo                                   |                     |
| Ulica   |                     |
| Numer domu / numer lokalu                     |                     |
| <b>DANE KONTAKTOWE:</b>                       |                     |
| Numer telefonu                                |                     |
| Adres e-mail                                  |                     |

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem Organizacyjnym Dziennego Domu Opieki Medycznej w Skoczowie i akceptuję jego postanowienia
2. Nie korzystam z tego samego wsparcia w ramach innego projektu.
3. Wyrażam zgodę na odbycie wizyt domowych oraz przeprowadzenie rozmów telefonicznych przez Zespół terapeutyczny w celu podtrzymania efektów terapeutycznych.
4. W okresie ostatnich 12 miesięcy **zostały/nie zostały\*** (niepotrzebne skreślić) mi udzielone świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
5. Wszystkie informacje podane przeze mnie są prawdziwe.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis

| <b>DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA – OSOBY DO KONTAKTU</b> |  |
|---|--|
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| Imię i nazwisko   |  |
| Stopień pokrewieństwa/relacja z opiekunem (np. syn, sąsiadka, itp.) |  |
| Nr telefonu kontaktowego  |  |
| Adres e-mail:   |  |

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis opiekuna/członka rodziny