**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

*„Stworzenie domowej opieki medycznej wraz, z rehabilitacją neurologiczną i funkcjonalną,   
dla osób starszych w województwie opolskim”*

*Dane Beneficjenta:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię: | |  |
| Nazwisko: | |  |
| Wiek:  PESEL: | |  |
|  |
| *Dane kontaktowe*: | |  |
|  | Adres korespondencyjny  (ulica, kod pocztowy, miejscowość): |  |
|  | Powiat: |  |
|  | Telefon  *\*wymagane* |  |
|  | E-mail:  *\*opcjonalnie* |  |
|  | |  |
| Jednostka chorobowa | |  |
|  | |  |
| *Opis uzupełniający:*  1) Punktacja wg. Skali Barthel (*\*załącznik nr 1)*  2) Czy Beneficjent samotnie zamieszkuje gospodarstwo domowe?  3) Wymień opiekuna/ów faktycznych  *(Podaj imię, nazwisko  i telefon kontaktowy do osoby sprawującej opiekę nad Beneficjentem)*  4) Czy Beneficjent w chwili obecnej korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ w zakresie:  - zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu?  - rehabilitacji domowej?  *(proszę podać okres trwania finansowanych świadczeń)* | |  |

*Uwagi dodatkowe:*

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje mogące wpłynąć na decyzję podczas rekrutacji |  |

*data i podpis Beneficjenta/opiekuna faktycznego*