|  |
| --- |
| **OSOBISTY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY i ANKIETA KWALIFIKACYJNA (wypełniony osobiście w miejscu zamieszkania i dostarczony w wersji papierowej do Centrum Diagnozy i Usprawniania Pacjenta)** uczestnika projektu pn. *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez* *COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy**prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce.* |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| PESEL |  | * Brak PESEL
 | Płeć |  | Wiek |  |
| Wykształcenie |  Niższe niż podstawowe, Podstawowe, Gimnazjalne,  Ponadgimnazjalne, Policealne Wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| Województwo |  | Powiat |  | Gmina |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Ulica |  | Numer budynku |  | Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy\* |  |
| Adres e-mail\* |  |

*\*konieczne podanie jednej z form kontaktu – numer telefonu lub adres e-mail*

**ANKIETA - Kwestionariusz oceny funkcjonalnej pacjenta po COVID-19 (skala PCFS)**

|  |  |
| --- | --- |
| W jakim stopniu przebycie COVID-19 wpływa na Pani/Pana codzienne życie – należy wybrać **wyłącznie jedną** z poniższych odpowiedzi, najbardziej odpowiadającą stanowi zdrowia. Właściwą odpowiedź w kolumnie OCENA zaznaczyć **kółkiem. OŚWIADCZAM, ŻE:** | Ocena |
| Nie odczuwam żadnych ograniczeń w życiu codziennym ani objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. | 0 |
| Mogę wykonywać wszystkie moje zwykłe obowiązki, lecz nadal odczuwam objawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. | 1 |
| Mam ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, muszę czasem rezygnować lub minimalizować ilość codziennych aktywności i obowiązków albo poświęcam na nie więcej czasu. Nadal odczuwam obawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. Jednakże, nie potrzebuję pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu. | 2 |
| Mam ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych codziennych aktywności i obowiązków z powodu odczuwania objawów takich , jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. Jednakże, jestem w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób. | 3 |
| Mam ograniczenia w życiu codziennym, nie jestem w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób i jestem zależny od opieki innych z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. | 4 |

**Wynik przeprowadzonej ankiety:** …………………… - *(wynik pomiędzy 1-4 kwalifikuje do uczestnictwa w projekcie)*

**Oświadczenie uczestnika projektu *Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi***

***przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy.***

|  |
| --- |
| * Oświadczam ,że w dniu w którym dokonałem/am zgłoszenia do projektu miałem/am ukończone 18 lat.
* Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa opolskiego.
* Oświadczam, że odczuwam skutki wskazujące na powikłania po przebytym COVID-19.
* Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na udział w projekcie i akceptuję regulamin projektu.
* Oświadczam, że nie jest obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych.
* Oświadczam , że będę aktywnie współpracował/a w celu poprawy stanu swojego zdrowia.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu oraz zapoznałem/am się i akceptuję klauzulę informacyjną odnośnie przetwarzania i administrowania moimi danymi osobowymi.
 |

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |
| * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 | * w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
 |
| * Osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 | * w tym: Osoba długotrwale bezrobotna
 |
| * Osoba bierna zawodowo
 | w tym: | * Osoba ucząca się
* Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 |
| * Osoba pracująca
 | * Osoba pracująca w administracji rządowej
* Osoba pracująca w administracji samorządowej
* Inne
* Osoba pracująca w MMŚP
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 |
| **Miejsce pracy** |  |
| **Wykonywany zawód** |  |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHIWLI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | ☐ Tak ☐ Nie |
|  ☐ Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | ☐ Tak ☐ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej(innej niż wymienione powyżej) |  ☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji |

**Właściwą odpowiedź zaznaczyć „X”:**

* Oświadczam, że ze względu na stan zdrowia nie mogę skorzystać ze zinstytucjonalizowanych form opieki medycznej, w tym rehabilitacji w warunkach oddziału szpitalnego lub w warunkach ambulatoryjnych,
* Ze względu na wykluczenie komunikacyjne nie mam możliwości samodzielnie dotrzeć podmiotów leczniczych,
* Posiadam zaświadczenie o przebytym COVID-19, które dołączam do niniejszego Formularza,
* Nie posiadam zaświadczenia o przebytym COVID-19.

Oświadczam, że wszystkie dane wykazane w formularzu są zgodne ze stanem rzeczywistym. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy*” realizowanego w ramach RPO WO 2014-2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby projektu.

…………………….……………. ..…..……………………………..……………………………..

 *data podpis pacjenta*