

REGULAMIN
realizacji Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w
wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi."
przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku

§ 1
Informacje ogólne

Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w Programie **"Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi"** oraz prawa i obowiązki uczestników.

1. Program jest realizowany na terenie Miasta Sulejówek poprzez usługi wykorzystujące nowoczesne technologie informacyjno – komunikacyjne, które umożliwią bezpieczną egzystencję uczestników w środowisku zamieszkania, ograniczą ryzyko zachorowania.
2. Celem programu jest zapewnienie pomocy, poprawa życia osób niepełnosprawnych w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii wywołanym wirusem SARS-Cov-2.
3. Zadanie realizuje Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku, z siedzibą w Sulejówku (05-071), przy ul. Świętochowskiego 4 w imieniu wnioskodawcy wsparcia osób niepełnosprawnych: Miasta Sulejówek, z siedzibą w Sulejówku (05-070), przy ul. Dworcowej 55, NIP: 822-21-46-607.
4. Program sfinansowany jest w całości ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zwany dalej: PFRON) z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II nr 13 na podstawie umowy nr POS/000026/07/D z dnia 30.11.2021 r. w sprawie przyznania pomocy finansowej w ramach Modułu IV programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi."
4. Program z Modułu IV PFRON jest realizowany jest w okresie od 01.12.2021 do 31.12.2021 r. natomiast funkcja teleopieki jest realizowana **przez 24 miesiące od dnia aktywowania opaski telemedycznej, nie dłużej niż do 31 grudnia 2023 r.**
5. Informacje na temat zadania, naboru i realizacji form wsparcia z zakresu teleopieki zamieszczone są na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sulejówku: **bip.mops.sulejowek.pl i mopssulejowek.naszops.pl**
6. Wszystkie osoby biorące udział w zadaniu otrzymają **bezpłatne wsparcie** w zakresie usługi teleopieki, o której mowa w § 3.

§ 2

Definicje

Zadanie - oznacza usługę teleopieki w ramach realizacji Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi", finansowanego ze środków PFRON.

Realizator – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS) w Sulejówku, ul. Świętochowskiego 4, tel. 22 783-59-49, email: mops@list.pl czynny poniedziałek 8 – 17, wtorek – czwartek 8 – 16, piątek 8 - 15 (w tym czwartek- dzień wewnętrzny).

Wykonawca - SiDLY Sp. z o.o., ul. Chmielna 2/31, 00-020 Warszawa.

Biuro Rekrutacji – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku, ul. Świętochowskiego 4.

Dokumenty zgłoszeniowe i programowe: regulamin i załączniki do regulaminu.

Kandydat – osoba ubiegająca się o udział w zadaniu.

Uczestnik – osoba zakwalifikowana do udziału w zadaniu: osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu

osób niepełnosprawnych (posiadająca ważne orzeczenie), zamieszkująca w Mieście Sulejówek.

Teleopieka - system, który umożliwia codzienną, zdalną opiekę nad Uczestnikami zadania.

Opaska – urządzenie do teleopieki w formie bransoletki na nadgarstek zapewniające łączność z Centrum teleopieki.

Centrum Teleopieki – instytucja zapewniająca możliwość całodobowego przekazywania informacji o potrzebie wezwania pomocy, funkcjonująca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.

Kontakt telefoniczny do Działu Obsługi Klienta SiDLY to: 887 772 391.

§ 3

Zakres wsparcia

1. Zadanie zakłada zapewnienie **30 uczestnikom** formy wsparcia, jaką jest usługa teleopieki.
2. Wsparcie o którym mowa w pkt 1, realizuje Wykonawca zadania, w szczególności poprzez:
 - a. prezentację działania Centrum Teleopieki uczestnikowi oraz przeszkolenie go w zakresie obsługi opaski,
 - b. przekazanie oraz podłączenie opaski do Centrum Teleopieki,
 - c. zapewnienie całodobowej łączności z Centrum Teleopieki, monitoring wskaźników mierzonych przez opaskę oraz rejestrację sygnałów alarmowych,
 - d. przyjmowanie zgłoszeń o nieprawidłowości działania opaski oraz odbiór uszkodzonej i dostawa nowej lub naprawionej opaski.
3. Opaska służy do natychmiastowego wezwania pomocy w przypadku zagrożenia życia, zdrowia lub bezpieczeństwa. Urządzenie łączy się w razie potrzeby z pracownikami Centrum Teleopieki, którzy udzielają adekwatnej do sytuacji oraz możliwości pomocy, w tym: m.in. informują osoby wskazane do kontaktu o potrzebie udzielenia pomocy, wzywają pogotowie lub służby ratunkowe – jeśli sytuacja tego wymaga.
4. Skorzystanie z tej formy pomocy i zastosowanie ww. opaski jest uzależnione od dostępu sygnału telefonii komórkowej w miejscu przebywania uczestnika. Opaska posiada indywidualny i niepowtarzalny numer i wyposażona jest w:
 - a. przyciski do bezpośredniego połączenia się z Centrum Teleopieki (przycisk SOS oznaczony alfabetem Braille'a),
 - b. miernik tętna (wysyłany do systemu lub telecentrum),
 - c. czujnik upadku, omdleń,
 - d. czujnik zdjęcia i założenia opaski,
 - e. lokalizator GPS,
 - f. pomiar poziomu ładowania baterii,
 - g. funkcja dwustronnej komunikacji głosowej- bezpośrednio nawiązanie połączenia głosowego z opaski do dyspozytora centrum teleopieki. Możliwość rozmowy przez opaskę telemedyczną jak przez telefon.
5. Opaska będzie serwisowana przez Wykonawcę zadania.
6. Centrum Teleopieki funkcjonuje 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.
7. Do zadań pracowników Centrum Teleopieki należy:
 - a. odbieranie alarmów z opaski,
 - b. nawiązywanie kontaktu z uczestnikiem po odebraniu alarmu,
 - c. kontakt z podanym wcześniej przez uczestnika numerem telefonu w celu weryfikacji wystąpienia alarmu,
 - d. wezwanie pomocy,
 - e. utrzymanie kontaktu z uczestnikiem do momentu przybycia pomocy,
 - f. stałe monitorowanie stanu technicznego opasek,
 - g. systematyczne monitorowanie poziomu naładowania opasek, oraz ich stanu technicznego.
8. W przypadku awarii opaski lub problemów technicznych związanych z użytkowaniem uczestnik informuje pomoc techniczną świadczoną przez Wykonawcę zadania w celu wymiany urządzenia lub jego naprawy.

§ 4

Warunki zakwalifikowania do udziału w zadaniu

Uczestnikiem zadania może zostać osoba, która spełnia następujące kryteria łącznie:

- a. zamieszkuje na terenie miasta Sulejówek,
- b. jest osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, lub orzeczenie równoważne, szczególnie samotnie gospodarujące lub pozostające w gospodarstwie domowym z osobami pracującymi zawodowo, których stan zdrowia wymaga stałego monitorowania,
- c. zadeklaruje chęć na udział w zadaniu, zapozna się z niniejszym Regulaminem, zobowiąże się do jego przestrzegania, wyrazi zgodę na przetwarzanie danych osobowych, niezbędnych podczas procesu rekrutacji i realizacji zadania.

2. Realizator zastrzega możliwość odmowy udziału w zadaniu na każdym jego etapie osobom, których sytuacja życiowa, zdrowotna, prawna nie pozwala na skorzystanie z oferowanego wsparcia.

§ 5

Ogólne zasady i warunki rekrutacji

1. Rekrutacja prowadzona będzie zgodnie z zasadą równości szans, płci i niedyskryminacji.
2. Rekrutacja będzie prowadzona w trybie ciągłym od 13.12.2021 r. do 29.12.2021 r. lub do wyczerpania ilości miejsc.
3. Po wyczerpaniu ilości miejsc, zostanie utworzona lista rezerwowa dla 10 kandydatów.
4. Za rekrutację uczestników odpowiedzialny jest pracownik Realizatora.
5. Warunkiem uczestnictwa w procesie rekrutacji jest zgłoszenie osobiste, telefoniczne pod numerem telefonu: 22 783 59 49 w. 27 lub mailowe pod adresem mops@list.pl chęci uczestnictwa w zadaniu.
6. Kandydat, po zapoznaniu się z niniejszym Regulaminem udziela pisemnej zgody na przetwarzanie niezbędnych danych osobowych w procesie rekrutacji oraz przekazuje je pracownikowi realizatora.
7. Dopuszcza się dokonanie zgłoszenia przez opiekuna uczestnika.
8. Pracownik Realizatora przeprowadza weryfikację formalną danych zgłoszonego kandydata, w szczególności, czy spełnia kryteria określone w § 4 oraz przekazuje niezbędne dane tj. imię, nazwisko, telefon oraz adres do Wykonawcy zadania.
9. W przypadku stwierdzenia, że Kandydat nie spełnia kryteriów, realizator informuje go telefonicznie o braku możliwości udziału w zadaniu. W przypadku trzech bezskutecznych prób kontaktu dalsze powiadomienia nie będą dokonywane.
10. Pracownik Realizatora sporządza listę Kandydatów wg kolejności zgłoszeń zakwalifikowanych do udziału w zadaniu. Informacja na temat zakwalifikowania się do zadania będzie przekazana Kandydatowi lub osobie upoważnionej telefonicznie. W przypadku minimum trzech bezskutecznych prób kontaktu telefonicznego, osoba ta nie ma zagwarantowanego udziału w zadaniu i zostaje przesunięta do alfabetycznej listy rezerwowej.
11. Lista Uczestników zakwalifikowanych do udziału w zadaniu zostanie udostępniona Wykonawcy zadania.
12. Kandydatom nie przysługuje prawo odwołania się od wyników rekrutacji.

§ 6

Umowa na świadczenie usług teleopiekuńczych

1. Umowę na świadczenie usług teleopiekuńczych sporządza i podpisuje Realizator z Wykonawcą zadania.
2. Realizator prowadzi rejestr aktywnych opasek.
3. Wykonawca wyposaża Uczestników zgłoszonych przez pracownika Realizatora zadania w opaski oraz dokonuje instruktażu użytkownika.

§ 7

Zobowiązania Uczestnika projektu

1. Uczestnik, któremu wydano opaskę jest jedynym dysponentem urządzenia. Nie może

odstępować urządzenia osobie trzeciej.

2. Za dzień rozpoczęcia udziału w zadaniu przyjmuje się datę otrzymania formy wsparcia w postaci aktywacji usługi.

3. Uczestnik jest zobowiązany do przekazania Centrum Teleopieki informacji określonych w w.,**Karcie Informacyjnej Pacjenta**”, stanowiącej **załącznik nr 4 do Regulaminu**.

4. Udział w zadaniu może trwać 24 m-c od momentu aktywacji urządzenia, nie dłużej niż do 31.12.2023 r.

5. Uczestnicy zadania zobowiązani są do zgłaszania Realizatorowi:

1) telefonicznego, internetowego lub osobiście po wcześniejszym uzgodnieniu terminu zgłoszenia chęci przystąpienia do zadania,

2) każdorazowego powiadamiania o zmianie danych osobowych przekazanych podczas procesu rekrutacji;

3) bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział w zadaniu.

6. Zakończenie uczestnictwa w zadaniu następuje z chwilą:

1) zaprzestania świadczenia usług przez Wykonawcę, wskutek zakończenia umowy między Wykonawcą a Realizatorem tj. 31.12.2023 r.,

2) skreślenia z listy Uczestnika w związku z:

a) rezygnacją Uczestnika,

b) znacznym pogorszeniem stanu zdrowia Uczestnika uniemożliwiającym dalsze korzystanie z usługi,

c) przerwaniem użytkowania opaski przez okres ciągły trwający ponad 7 dni bez powiadamiania Centrum Teleopieki o przyczynie przerwania,

d) brakiem możliwości świadczenia usług przewidzianych w zadaniu niezależnym od Realizatora, Centrum Teleopieki, Wykonawcy lub Uczestnika.

7. Uczestnik zostaje poinformowany telefonicznie o zamiarze skreślenia osoby z listy Uczestników zadania.

8. Uczestnik zgłasza telefonicznie do Realizatora chęć rezygnacji z uczestnictwa w zadaniu.

Rezygnacja winna zawierać następujące informacje: imię i nazwisko Uczestnika, datę rezygnacji, powód rezygnacji.

9. W przypadku rezygnacji lub skreślenia z listy Uczestnika przed zakończeniem zadania, Uczestnik ma obowiązek zwrócić opaskę do Realizatora w ciągu 7 dni od dnia rezygnacji lub przekazania informacji o skreśleniu z listy Uczestników.

10. Po zakończeniu zadania w związku z upływem czasu na który umowa została zawarta, Uczestnik ma obowiązek zwrotu opaski Realizatorowi.

11. Uczestnik ponosi koszty naprawy urządzenia w wypadku użytkowania go niezgodnie z przeznaczeniem.

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Uczestnik zadania jest zobowiązany do przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu.

2. Regulamin dostępny jest Biurze Rekrutacji oraz na stronach internetowych:

mopssulejowek.naszops.pl,

bip.mops.sulejowek.pl

3. Realizator zadania zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie. Informacje o ewentualnych zmianach zostaną zamieszczone na stronach internetowych realizatora zadania

4. Regulamin wchodzi w życie z dniem 13.12.2021 r i obowiązuje przez okres realizacji zadania tj. do 31.12.2023 r.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna RODO.

Załącznik nr 2 – Formularz zgłoszeniowy.

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o zgodności podanych informacji ze stanem faktycznym.

Załącznik nr 4 – Wzór „Karty Informacyjnej Pacjenta”

do Regulaminu realizacji Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi" przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku

KLAUZULA INFORMACYJNA

Informacja dla kandydatów

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą, 05-071 Sulejówek, ul. Świętochowskiego 4. Państwa dane będą przetwarzane w procesie kwalifikacji do usługi teleopieki w ramach Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi"

Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się w siedzibie administratora oraz na stronie internetowej mopssulejowek.naszops.pl, bip.mops.sulejowek.pl.

Klauzula informacyjna dla uczestników

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) – dalej określanego jako „Rozporządzenie”, „RODO” lub „Rozporządzenie RODO” informujemy, iż:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą, 05-071 Sulejówek, ul. Świętochowskiego 4, reprezentowany przez Dyrektora, tel. 22 7835949 w 28
2. **Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych**, z którym może się Pani / Pan skontaktować poprzez email: iod@mopssulejowek.pl tel. 22 7839482. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

3. Informacje o pobieranych/gromadzonych danych:

a) Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych wskazanych w formularzu zgody jest, w szczególności w/w *Rozporządzenie RODO*, w tym art. 6 ust. 1 lit a). Wyrażoną zgodę może Pani/Pan wycofać w dowolnym momencie. Jednak wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

b) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia wsparcia w ramach Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi" (zwanego dalej **zadaniem**) finansowanego z budżetu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II nr 13, w ramach którego świadczona będzie usługa teleopieki.

c) Rekrutacja, działania informacyjne, monitorowanie, sprawozdawczość odbywać się będzie w ramach pracy socjalnej.

d) Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do celów realizacji zadania. Odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości przyjęcia i uczestnictwa w zadaniu.

e) Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane osobowe zwykłej kategorii i dane sensytywne (wrażliwe- szczególnej kategorii).

f) Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uczestniczącym w realizacji zadania, w szczególności w zakresie niezbędnym do udzielania wsparcia na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, jeśli taka umowa zostanie zawarta.

g) Państwa dane będą przetwarzane przez okres uczestnictwa w zadaniu lub okres niezbędny dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania zadania, tj. do czasu rozliczenia zadania oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.

h) Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

i) Dane udostępnione przez Panią/Pana będą współadministrowane.

j) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

k) W przypadku wizerunku, będzie on wykorzystywany dla potrzeb dokumentowania uczestnictwa w działaniach realizowanych przez Administratora, w tym: uczestnictwa w działaniach finansowanych ze środków publicznych, dla potrzeb własnych.

Informacja o prawach osoby, której dane są przetwarzane:

W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

- a) prawo dostępu do treści danych na podstawie art. 15 Rozporządzenia, z zastrzeżeniem, że udostępnione dane osobowe nie naruszają tajemnic prawnie chronionych,
- b) prawo do sprostowania danych na podstawie art. 16 Rozporządzenia,
- c) prawo do usunięcia danych na podstawie art. 17 Rozporządzenia,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 Rozporządzenia,
- e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia,
- f) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
- g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Załącznik nr 2

do Regulaminu realizacji Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym
poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych
chorobami zakaźnymi" przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku

Formularz zgłoszeniowy

Dane Kandydata							
Imię:							
Nazwisko:							
Adres:							
Ulica:				Nr budynku		Nr lokalu	
Miejscowość							
Data urodzenia	Rok		Miesiąc		Dzień		
Nr telefonu, e-mail							
Czy kandydat posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?			Tak		Nie		
Czy kandydat posiada orzeczenie równoważne do wyżej wymienionego? (np: z ZUS, KRUS)			Tak		NIE		
Dane Opiekuna faktycznego/ osoby zgłaszającej Uczestnika (w przypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)							
Imię:							
Nazwisko:							
Czy jest opiekunem faktycznym			Tak		Nie		
Nr telefonu, e-mail							

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu zgłoszeniowym i załączniku nr 4 (w przypadku zakwalifikowania do programu) do w/w Regulaminu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi" przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych w (Dz. U. z 2019 r. poz 1781).

Data przyjęcia zgłoszenia.....

Osoba przyjmująca zgłoszenie

.....
Podpis kandydata w wypadku złożenia osobistego

Załącznik nr 3

do Regulaminu realizacji Modułu IV Programu "Pomoc osobom niepełnosprawnym
poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych
chorobami zakaźnymi" przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej

Oświadczam, że podane do formularza zgłoszeniowego oraz odczytane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że zapoznałem się, akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać Regulaminu realizacji Modułu IV Programu **"Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi"** przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sulejówku

Zgłoszenie kandydata przyjęto w formie telefonicznej/mailowej/osobiście zgodnie z w/w Regulaminem.

.....
Podpis kandydata w wypadku złożenia osobistego

Karta Informacyjna Pacjenta

Dziękujemy za wybór Teleopieki! Rzetelne wypełnienie karty informacyjnej jest niezwykle ważne, byśmy mogli udzielić Państwu pomocy lub wezwać pomoc do Państwa. Prosimy o wypełnienie karty czytelnie i starannie oraz przekazując jak najwięcej danych w oparciu o Państwa dokumentację medyczną.

Sekcja I: Dane osobowe Pacjenta												
Imię i nazwisko												
Data urodzenia				-				-				
Miejsce świadczenia usługi (adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)												
Kod pocztowy					Miejscowość:							
PESEL												

W sekcji II karty prosimy o podanie numeru telefonu stacjonarnego oraz komórkowego do Pacjenta, jeśli Pacjent nie posiada któregoś z telefonów, prosimy o wpisanie „brak” w odpowiednim miejscu.

Sekcja II: Numery telefonów do Pacjenta			
Numer telefonu stacjonarnego Pacjenta			Numer telefonu komórkowego Pacjenta

W sekcji III prosimy o wpisanie IMEI urządzenia alarmowego. Numer ten znajduje się na spodzie opakowania.

Sekcja III: Numer IMEI urządzenia											
Numer IMEI opaski											

W sekcji IV karty prosimy o dokładne wypełnienie wykazu osób kontaktowych do których w razie ewentualnej konieczności zadzwoni Centrum Ratunkowe i przekaże stosowne informacje jeśli zajdzie taka konieczność.

Sekcja IV: Dane osób upoważnionych w przypadku zagrożenia zdrowia i życia				
OSOBA #1	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA
OSOBA #2	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA
OSOBA #3	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA
OSOBA #4	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:	
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania:	☐ POSIADA ☐ NIE POSIADA

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM ORAZ WIELKIMI LITERAMI

Dane podane w Sekcji V pomogą służbom ratunkowym sprawniej i szybciej dotrzeć do Pacjenta, podanie zwierząt domowych zapewni większe bezpieczeństwo Zespołowi Ratownictwa Medycznego. Określenie miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w domu ułatwi ewentualne przekazanie jej lekarzowi w przypadku ewentualnej hospitalizacji po wezwaniu służb ratunkowych.

Sekcja V: Opis dojazdu do lokalu mieszkalnego wraz z informacjami dla służb ratunkowych							
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne							
Podjazd pod klatkę/bramę:	☐ TAK ☐ NIE	Piętro:		Winda:	☐ TAK ☐ NIE	Strome schody:	☐ TAK ☐ NIE
Osoba wychodząca z domu	☐ TAK ☐ NIE	Kod do domofonu:				Ilość domowników:	
Zwierzęta domowe							
Miejsce przechowywania leków							
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej							

W Sekcji VI podaj dane lekarza pierwszego kontaktu oraz nazwę i adres przychodni.

Sekcja VI: Dane przychodni POZ	
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ	
Telefon do rejestracji POZ	
Imię i nazwisko lekarza POZ	

Uzupełnij wywiad epidemiologiczny odnośnie COVID-19 w Sekcji VII.

Sekcja VII: Wywiad epidemiologiczny			
Pacjent z przebyciem COVID19	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli tak proszę podać datę przebycia COVID19:	
Pacjent zaszczepiony przeciw COVID19	☐ TAK ☐ NIE	Jeśli tak proszę podać datę szczepienia przeciw COVID19:	

W Sekcji VIII wypełnij diety, alergie pokarmowe oraz nałogi i alergie na leki Pacjenta.

Sekcja VIII: Alergie i nałogi	
Dieta, alergie pokarmowe	
Alergie na leki	
Nałogi	

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNICIE ORAZ WIELKIMI LITERAMI

W Sekcji IX prosimy podać dokładny opis problemów zdrowotnych, który da nam ogólną wiedzę na temat stanu zdrowia Pacjenta oraz ewentualnych powikłań.

Sekcja IX: Ocena stanu zdrowia i samodzielności						
Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta	Poruszanie się		Osoba chodząca	Stan skóry		Czystość
			Osoba chodząca za pomocą osób drugih			odleżyny
			Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach			otarcia
			Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim			grzybica
			Osoba leżąca			rany przewlekłe
	Słuch		Dobry	Wzrok		Dobry
			niedosłuch			niedowidzenie
			głuchota			osoba niewidoma
	Spożywanie posiłków		Samodzielnie	Funkcje fizjologiczne		Samodzielnie
			przy pomocy osoby drugiej			pampersy
			PEG			cewnik
			przez zgłębnik			
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10						
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)						

Sekcja X: Informacje dodatkowe	
Schemat dnia dodatkowe informacje	

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Informacyjnej Pacjenta oraz upoważniam osoby wymienione w Sekcji IV do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia.

.....
Data i podpis Pacjenta,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Karta Leków Pacjenta

uzupełnienie Karty Informacyjnej Pacjenta

Imię i nazwisko											
PESEL											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIE-WIECZÓR np. 1-0-0 lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.
Pomocnym narzędziem do wpisania poprawnej nazwy leku, mocy czy też typu tabletki jest wyszukiwarka pod adresem http://grupa-infomedic.pl/sti_api/lek

LP	Nazwa leku	Moc leku	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			RANO	PO POŁUDNIU	WIECZOREM	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Leków Pacjenta.

.....
Data i podpis Pacjenta,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM ORAZ WIELKIMI LITERAMI