*ZADANIE WSPÓŁFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW OTRZYMANYCH W RAMACH*

*PROGRAMU WIELOLETNIEGO ,,SENIOR+” NA LATA 2015*

*-*

*2020*



**Załącznik nr 2**

 do Regulaminu Rekrutacji

 do Dziennego Domu „Senior+” w Olecku

 Miejscowość…………………..Dnia………….

………………………………….

 (pieczęć przychodni)

**Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o miejsce w Dziennym Domu „Senior +”**

|  |
| --- |
| **Ogólne informacje o Dziennym Domu „Senior+” w Olecku** 1. Dom przeznaczony jest dla mieszkańców Gminy Olecko, kobiet i mężczyzn nieaktywnych zawodowo w wieku powyżej 60 lat, którzy ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, szczególnie dla osób, które ze względu na swoją sytuację zdrowotną i rodzinną wymagają wsparcia w zakresie funkcjonowania oraz integracji i włączenia społecznego.
2. Dom funkcjonuje 8 godzin dziennie w godz. 7.30-15.30 przez cały rok, w dni robocze.
3. Celem Domu jest zapewnianie wsparcia seniorom poprzez umożliwienie korzystania z usług aktywizacji społecznej, w tym prozdrowotnej.
4. Placówka **nie jest przystosowana do pobytu i nie przyjmuje**:

 a. osób, których stan zdrowia wymaga stałej opieki i indywidualnej terapii, w tym osób leżących, b. osób zaburzonych psychicznie lub osobowościowo,  c. osób, u których stwierdzono zaawansowane zmiany psychoorganiczne. 1. Placówka nie jest przystosowana i nie posiada miejsc całodobowego pobytu.
 |

**Część I. Dane osoby ubiegającej się o miejsce**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Imię i nazwisko  |  |
| 2.  | PESEL  |  |
| 3.  | Adres zamieszkania  |  |

**Część II. Podstawowa opieka zdrowotna dla osoby ubiegającej się o miejsce**

|  |
| --- |
| Nazwa i adres właściwej przychodni POZ: ……………………………………………………………………………………………………………………… nr telefonu……………………………………………  |
| Imię i nazwisko lekarza rodzinnego/POZ: …………………………………………………………………………………………. nr telefonu……………………………………………………………………………….  |
| Imię i nazwisko pielęgniarki środowiskowej/POZ :…………………………………………………… nr telefonu…………………………………………..  |

**Część III. Opinia lekarza**

 **Stwierdza się (***właściwe podkreślić*)

1. Brak przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu

Pana/Pani……………………………………………………….……………………………… w Dziennym Domu „Senior+” w Olecku .

1. Występowanie przeciwwskazań zdrowotnych do pobytu

Pana/Pani………………………………………..……………………………………………… w Dziennym Domu „Senior+” w Olecku.…………………………………………………..

 Data, podpis i pieczęć lekarza POZ/Rodzinnego