**Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Utworzenie i funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w podregionie bytomskim”**

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**Projekt „Utworzenie i funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w podregionie bytomskim” nr projektu WND-RPSL.09.02.06-24-07CF/16, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Imię (imiona) i nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **2. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | **3. Numer** |  | |
| **4. Ocena merytoryczna** | **Zakres punktacji** | | | | | | | **Przyznanana punktacja** | | | | | | **Uwagi** |
| Ocena wskazań medycznych do rehabilitacji i wzmożonej opieki pielęgniarskiej wg skali Barthel (95pkt – 0 pkt w Karcie Kwalifikacyjnej, 90pkt-2 pkt, 85pkt-4pkt, 80pkt-6pkt, 75pkt-8pkt, 70pkt-10pkt) | 0-10 | | | | | | |  | | | | | |  |
| Ocena konieczności nadzoru nad terapią farmakologiczną | 0-4 | | | | | | |  | | | | | |  |
| Ocena aspektów rodzinnych oraz społecznych | 0-3 | | | | | | |  | | | | | |  |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz  osoby z zaburzeniami psychicznymi | 0-1 | | | | | | |  | | | | | |  |
| Osoba zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek podanej przy definicji osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem w Słowniku terminologicznym (Regulamin konkursu) | 0-1 | | | | | | |  | | | | | |  |
| Osoba lub osoba z rodziny korzystającej z PO PŻ, pod warunkiem że zakres wsparcia dla tej osób nie będzie powielał działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ. | 0-1 | | | | | | |  | | | | | |  |
| 5. Suma przyznanych punktów | | | | | | | |  | | | | | |  |

Data i podpis Kierownika Komisji Rekrutacyjnej

………………………………………………………………………….