



Załącznik nr 1  
do Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w placówkach  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych  
w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych filia „Południe”  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych filia „Północ”  
prowadzonych na terenie Gminy Skawina

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Placówka Dziennej Opieki  
i Aktywizacji Osób Starszych  
w formie dla Osób Niezależnych  
w Skawinie  
ul. Rynek 24, 32-050 Skawina

Placówka Dziennej Opieki  
i Aktywizacji Osób Starszych Filia  
„Południe”  
32-052 Jurczyce 26

Placówka Dziennej Opieki  
i Aktywizacji Osób Starszych Filia  
„Północ”,  
Dwór Dzieduszyckich,  
ul. Szkolna 26, 32-052 Radziszów

Dane osobowe			
Imię i nazwisko:			
Data urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania			
Miejscowość			
Ulica, nr domu			
Kod pocztowy			
Telefon			
Dane osoby do kontaktu:			
Imię i nazwisko			
Telefon			
Czy zamieszkuje Pani/Pan samotnie w gospodarstwie domowym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK w stopniu UMIARKOWANYM <input type="checkbox"/> TAK w stopniu ZNACZNYM	<input type="checkbox"/> NIE	

### Załączniki:

1. zgoda na przetwarzanie danych osobowych
2. zaświadczenie lekarskie
3. ocena pacjenta wg skali Barthel (dotyczy Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie)

.....  
miejscowość, data, podpis

## **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH w procesie rekrutacji uczestników zgłaszających się do**

- **Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie**
  - **Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Skawinie – Filia „Północ”**
  - **Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w Skawinie – Filia „Południe”**
1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Usług Społecznych w Skawinie, ul. Żwirki i Wigury 13, 32-050 Skawina, e-mail: [mgops@skawina.net](mailto:mgops@skawina.net), NIP 9441782031, REGON 351458394;
  2. Kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem:
    - Centrum Usług Społecznych w Skawinie, ul. Żwirki i Wigury 13, 32-050 Skawina;
    - [iodo@gminaskawina.pl](mailto:iodo@gminaskawina.pl);
  3. Podstawę przetwarzania danych stanowi wyrażona zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Odmowa podania danych bądź cofnięcie zgody oznacza brak możliwości rekrutacji do wskazanej placówki;
  4. Dane przetwarzane będą wyłącznie w celu rekrutacji uczestników do wskazanej placówki;
  5. Dane przetwarzane będą do momentu zakończenia rekrutacji, o czym administrator zawiadomi przez umieszczenie informacji w swojej siedzibie i inny sposób zwyczajowo przyjęty;
  6. Odbiorcami danych osobowych będą osoby zatrudnione przez Centrum Usług Społecznych w Skawinie;
  7. Na zasadach i w granicach określonych przepisami prawa, w każdej chwili przysługuje Panu/Pani prawo:
    - dostępu do treści swoich danych osobowych;
    - sprostowania swoich danych osobowych;
    - usunięcia swoich danych osobowych;
    - ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
    - przenoszenia swoich danych osobowych;
    - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.

8. W razie naruszeń po stronie administratora danych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Po zapoznaniu się z powyższą informacją oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji uczestników do Placówek Diennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w formie dla osób niesamodzielnych w Skawinie, Filii „Południe”, Filii „Północ” prowadzonych przez Centrum Usług Społecznych w Skawinie.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika

Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis Uczestnika

Załącznik nr 2  
do formularza zgłoszeniowego  
do Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w placówkach  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych  
w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych filia „Południe”  
Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych filia „Północ”  
prowadzonych na terenie Gminy Skawina

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/Pani .....  
ubiegający/a się o przyjęcie do:

- Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie,
- Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych Filia „Północ” w Radziszowie,
- Placówki Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych Filia „Południe” w Jurczycach

**Najważniejsze informacje o stanie zdrowia niezbędne w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel placówki, bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia uczestnika**

**Dopuszczalne formy usprawniania ruchowego uczestnika, bądź ograniczenia w tym zakresie**

.....  
miejsowość, data

.....  
imię i nazwisko lekarza prowadzącego

„Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie”, ul. Rynek 24, 32-050 Skawina,  
tel.: 12 276 20 46 wew. 32, 785 167 101, 785 169 106, e-mail: placowki.senior@mgops.skawina.net, senior.skawina@gmail.com, senior-skawina.pl  
„Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych” - Filia „Południe”, 32-052 Jurczyce 26, tel. 785 167 102,  
e-mail: placowki.senior@mgops.skawina.net, senior.skawina@gmail.com, senior-skawina.pl  
„Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych” - Filia „Północ”, Dwór Dzieduszyckich, ul. Szkolna 26, 32-052 Radziszów, tel. 785 167 103,  
e-mail: placowki.senior@mgops.skawina.net, senior.skawina@gmail.com, senior-skawina.pl

## Ocena pacjenta wg skali Barthel

.....  
imię i nazwisko podopiecznego

Lp.	Czynność*	Wynik**
1	Spożywanie posiłków; <b>0</b> – nie jest w stanie samodzielnie jeść <b>5</b> – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety <b>10</b> – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie; <b>0</b> – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu <b>5</b> – większa pomoc fizyczna (jednej lub dwie osoby) <b>10</b> – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna <b>15</b> – samodzielna	
3	Utrzymanie higieny osobistej; <b>0</b> – potrzebuje pomocy <b>5</b> – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC); <b>0</b> – zależny <b>5</b> – potrzebuje pomocy, ale może zrobić coś sam <b>10</b> – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie	
5	Mycie całego ciała; <b>0</b> – zależny <b>5</b> – niezależny pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich; <b>0</b> – nie porusza się <b>5</b> – niezależny na wózku; wliczając zakręty >50m <b>10</b> – spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m <b>15</b> – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np.: laski >50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach; <b>0</b> – nie jest w stanie <b>5</b> – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej (przenoszenie) <b>10</b> – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie; <b>0</b> – zależny <b>5</b> – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę bez pomocy <b>10</b> – niezależny (zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.)	

„Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych w formie dla Osób Niezależnych w Skawinie”, ul. Rynek 24, 32-050 Skawina,  
tel.: 12 276 20 46 wew. 32, 785 167 101, 785 169 106, e-mail: placowki.senior@mgops.skawina.net, senior.skawina@gmail.com, senior-skawina.pl  
„Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych” - Filia „Południe”, 32-052 Jurczyce 26, tel. 785 167 102,  
e-mail: placowki.senior@mgops.skawina.net, senior.skawina@gmail.com, senior-skawina.pl

„Placówka Dziennej Opieki i Aktywizacji Osób Starszych” - Filia „Północ”, Dwór Dzieduszyckich, ul. Szkolna 26, 32-052 Radziszów, tel. 785 167 103,  
e-mail: placowki.senior@mgops.skawina.net, senior.skawina@gmail.com, senior-skawina.pl

9	Kontrolowanie stolce / zwieracze odbytu; <b>0</b> – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw <b>5</b> – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> – panuje / utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego; <b>0</b> – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i poprzez to niesamodzielny <b>5</b> – czasami popuszcza(zdarzenia przypadkowe) <b>10</b> – panuje (utrzymuje mocz)	
<b>Wynik kwalifikacji***</b>		

Skala:

I 86-100 pkt. – stan pacjenta „lekki”

II 21-85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”

III 0 -20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

\*w punktach od 01-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\*wypisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*w ramce wypisać uzyskaną sumę punktów

.....  
data i miejscowość

.....  
podpis i pieczętka lekarza prowadzącego