

**ZAKRES WSPARCIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O OPIEKĘ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA,  
W RAMACH PROJEKTU  
DZIENNY DOM POMOCY W MYCZKOWCACH I DOMOWE USŁUGI OPIEKUŃCZE**

1. Imię i Nazwisko	
2. Imię i nazwisko opiekuna faktycznego (np. rodzina, sąsiad udzielający pomocy):	
3. Indywidualna aktywność wymagająca pomocy	<input type="checkbox"/> dostarczanie produktów żywnościowych, <input type="checkbox"/> przygotowywanie posiłków <input type="checkbox"/> dostarczanie posiłków, <input type="checkbox"/> pomoc w spożywaniu posiłków, <input type="checkbox"/> karmienie, <input type="checkbox"/> utrzymywanie porządku, <input type="checkbox"/> pranie odzieży, <input type="checkbox"/> pranie bielizny pościelowej, stołowej, ręczników, <input type="checkbox"/> pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, <input type="checkbox"/> pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, <input type="checkbox"/> aktywne zagospodarowanie czasu wolnego, <input type="checkbox"/> pomoc przy przemieszczaniu się (np. do lekarza, do punktów usługowych, urzędów i in. miejsc publicznych, asysta w tych miejscach), <input type="checkbox"/> czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, <input type="checkbox"/> pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, <input type="checkbox"/> zmiana pieluchomajtek + czynności higieniczno-pielęgnacyjne, <input type="checkbox"/> pomoc przy ubieraniu się, <input type="checkbox"/> zmiana bielizny pościelowej, <input type="checkbox"/> układanie osoby leżącej w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji, <input type="checkbox"/> pielęgnacja zlecona przez lekarza wynikająca z dokumentacji medycznej, <input type="checkbox"/> czynności związane z utrzymywaniem kontaktów z rodziną lub społecznością lokalną, <input type="checkbox"/> zaspokajanie indywidualnych bieżących potrzeb życiowych.
4. Wymagany wymiar wsparcia (dla osób ubiegających się o opiekę w domu):	<p>Oświadczam, iż potrzebuję pomocy opiekunki/na środowiskowej/ego w ilości:</p> <p>..... raz/y w tygodniu po ..... godzin/y = ..... godzin tygodniowo.</p> <p><i>(Instytucja Realizująca Projekt zastrzega sobie możliwość weryfikacji wymiaru udzielanego wsparcia i dostosowanie do dyspozycyjności personelu projektu.)</i></p>

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby niesamodzielnej lub opiekuna prawnego