

## Ocena czynnościowa i socjalno-środowiskowa

1. Imię i Nazwisko	
2. Miejsce zamieszkania:	
3. PESEL:	
4. Sytuacja rodzinna:	<input type="checkbox"/> Osoba samotna/samotnie gospodarująca <input type="checkbox"/> Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach <input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca z rodziną /inną osobą <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liczba osób faktycznie zamieszkujących w gospodarstwie domowym (łącznie z uczestnikiem projektu): .....</li> </ul>
5. Imię i nazwisko opiekuna formalnego:	
6. Niepełnosprawność:	TAK / NIE
7. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności / niesamodzielności	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona <input type="checkbox"/> Wypadek, uraz <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba <input type="checkbox"/> Inne, jakie? .....
8. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielność	<input type="checkbox"/> Orzeczenie ZUS/KRUS: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Na stałe</li> <li>○ Terminowe do .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> znacznym</li> <li><input type="checkbox"/> umiarkowanym</li> <li><input type="checkbox"/> lekkim</li> </ul> <input type="checkbox"/> Nieustalony stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż osoba wymaga pomocy innych osób Dostarczone dnia.....
9. 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



	<p>usługowych, urzędów i in. miejsc publicznych, asysta w tych miejscach),</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej,</li><li><input type="checkbox"/> pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych,</li><li><input type="checkbox"/> zmiana pieluchomajtek + czynności higieniczno-pielęgnacyjne,</li><li><input type="checkbox"/> pomoc przy ubieraniu się,</li><li><input type="checkbox"/> zmiana bielizny pościelowej,</li><li><input type="checkbox"/> układanie osoby leżącej w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji,</li><li><input type="checkbox"/> pielęgnacja zlecona przez lekarza wynikająca z dokumentacji medycznej,</li><li><input type="checkbox"/> czynności związane z utrzymywaniem kontaktów z rodziną lub społecznością lokalną,</li><li><input type="checkbox"/> zaspokajanie indywidualnych bieżących potrzeb życiowych.</li></ul>
10. Informacje dodatkowe dotyczące zakresu i wymiaru wsparcia:	<p>Wymiar wsparcia (<i>ilość godzin</i>): .....</p> <p>Częstotliwość wsparcia (<i>ilość dni w tygodniu</i>): .....</p> <p><i>(Instytucja Realizująca Projekt zastrzega sobie weryfikację wymiaru i zakresu udzielanego wsparcia)</i></p>

.....  
/Miejscowość, data/

.....  
/Podpis/