

OCENA CZYNNOŚCIOWA I SOCJALNO-ŚRODOWISKOWA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O OPIEKĘ W RAMACH DDP

1. Imię i Nazwisko	
2. PESEL:	
3. 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 o Liczba osób faktycznie zamieszkujących w gospodarstwie domowym (wliczając uczestnika projektu):
4. Imię i nazwisko opiekuna faktycznego (np. rodzina, sąsiad udzielający pomocy):	
5. Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:	TAK / NIE
6. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona <input type="checkbox"/> Wypadek, uraz <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba <input type="checkbox"/> Inne, jakie?
7. Dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znacznym <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> lekkim
8. Dokument potwierdzający niesamodzielność	Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż osoba jest niesamodzielna i wymaga pomocy innych osób
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 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-

	<p>pielęgnacyjne,</p> <ul style="list-style-type: none"><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.
10. Wymagany wymiar wsparcia (dla osób ubiegających się o opiekę w domu):	<p>Oświadczam, iż potrzebuję pomocy opiekuna/ki mobilnej/ego w ilości:</p> <p>..... razy 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