Zał. nr 3 do Regulaminu uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie „Centrum Usług Społecznych w powiecie wieruszowskim”

**Kwestionariusz**

**do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej opieki i pomocy na potrzeby Projektu „Centrum Usług Społecznych w powiecie wieruszowskim”**

\*wypełnia kandydat do uczestnictwa w Projekcie

|  |
| --- |
| \***Dane osobowe** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **PESEL** |  |

\***Poniżej w tabeli wstaw odpowiedni stopień samodzielności:**

**s**  – wykonywanie czynności w pełni samodzielnie

**p** – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

**u** – pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj czynności | Zdolność do wykonywania czynności\* |
| Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych |
| Czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych |  |
| Przygotowywanie lub dostarczanie posiłków |  |
| Pomoc w spożywaniu posiłków, karmienie |  |
| Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu |  |
| Przynoszenie opału, palenie w piecu |  |
| Pomoc w utrzymywaniu czystości odzieży, bielizny osobistej |  |
| pomoc w utrzymywaniu porządku i czystości pościelowej, stołowej, niezbędne prasowanie |  |
| Dokonywanie niezbędnych zakupów |  |
| Regulowanie opłat domowych |  |
| Czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych |  |
| Czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego |  |
| Pomoc w przemieszczaniu się |  |
| inne, nie wymienione wyżejwskazać jakie: |  |
| Opieka higieniczna – czynności związane z utrzymywaniem higieny osobistej |
| Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych |  |
| Zmiana pielucho-majtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych |  |
| Pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej |  |
| Słanie łóżka |  |
| Układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji |  |
| inne, nie wymienione wyżejwskazać jakie: |  |
| Zapewnienie kontaktów z otoczeniem |
| Czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia oraz społecznością lokalna, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług |  |
| Pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej |  |
| inne, nie wymienione wyżejwskazać jakie: |  |

…………………………………………

 Podpis uczestnika projektu\*\*

\*\*w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika projektu, oświadczenie podpisuje opiekun faktyczny