



Załącznik nr 2

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**KWESTIONARIUSZ DO SPORZĄDZENIA OCENY FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO ORAZ
ZAKRESU NIEZBĘDNEJ OPIEKI I POMOCY NA POTRZEBY PROJEKTU PN. „ROZWÓJ USŁUG
OPIEKUŃCZYCH ŚWIADCZONYCH W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ
NA TERENIE GMINY JAWORZYNA ŚLĄSKA**

*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 wyżej wskazać 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 wyżej wskazać jakie:	
Zapewnienie kontaktów z otoczeniem	
Czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług	
Pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie:	

.....
Podpis uczestnika/czki projektu**

** w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika/czkę projektu, oświadczenie podpisuje /opiekun prawny