**ZAKRES WSPARCIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O OPIEKĘ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA,**

**W RAMACH PROJEKTU**

**DZIENNY DOM POMOCY W MYCZKOWCACH - KONTYNUACJA**

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

………………………………………………………..… ……………………………………………………………………

*Miejscowość, data Podpis osoby niesamodzielnej lub opiekuna prawnego*