**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*