



RODZINNY WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Projekt: „Pogodna Jesień Życia w powiecie kłodzkim i dzierzoniowskim”

Dane osoby wymagającej wsparcia opiekuńczego (kandydat do objęcia wsparciem w projekcie)	
1	Imię
2	Nazwisko
3	PESEL
4	Miejsce przeprowadzenia wywiadu

Sytuacja prawna kandydata:

Proszę o zaznaczeniem krzyżykiem jednej odpowiedzi

- **Zdolność do czynności prawnych kandydata**
 - Tak
 - Nie
- **Kto udziela odpowiedzi na pytania:**
 - Osoba wymagające wsparcia opiekuńczego
 - Osoba upoważniona
 - Przedstawiciel prawny

W przypadku udzielenia odpowiedzi przez osobę upoważnioną lub przedstawiciela prawnego proszę uzupełnić:

1	Imię
2	Nazwisko
3	Adres zamieszkania
4	Telefon kontaktowy

Podpis kandydata potwierdzający udzielenie powyższego upoważnienia

Ponadto prosimy dołączyć ksero dokumentu ustanawiającego przedstawiciela prawnego.

**CZĘŚĆ I. POZIOM SPRAWNOŚCI I SYTUACJA ZDROWOTNA KANDYDATA (max 12 pkt):****1. POZIOM SPRAWNOŚCI KANDYDATA (max 10 pkt):**

Tabela samodzielności kandydata na podstawie wzoru wg skali Barthela:

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1	Spożywanie posiłków nie jest w stanie samodzielnie jeść – 1 pkt potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. – 0,5 pkt samodzielny, niezależny – 0 pkt	
2	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu – 1 pkt większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć – 0,5 pkt mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) – 0 pkt samodzielny – 0 pkt	
3	Utrzymanie higieny osobistej potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych – 1 pkt 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami) – 0,5 pkt	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny – 1 pkt 5 = częściowo potrzebuje pomocy – 0,5 pkt 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby) – 0 pkt	
5	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny – 1 pkt 5 = niezależny – 0 pkt	
6	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku – 1 pkt 5 = niezależny na wózku – 0,5 pkt 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m – 0 pkt 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50 – 0 pkt	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny – 1 pkt 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) – 0,5 pkt 10 = samodzielny – 0 pkt	
8	Ubieranie i rozbieranie się. 0 = zależny – 1 pkt 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy – 0,5 pkt 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.) – 0 pkt	
9	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy) – 1 pkt 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca – 0,5 pkt 10 = kontroluje oddawanie stolca – 0 pkt	
10	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny – 1 pkt 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu – 0,5 pkt 10 = kontroluje oddawanie m – 0 pkt	
Wynik kwalifikacji:		

**2. SYTUACJA ZDROWOTNA KANDYDATA (max. 2 pkt.):**

Czy kandydat przyjmuje leki (jeśli tak proszę wskazać jakie):

Nazwa leku	Dawkowanie

Czy kandydat posiada choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów/układów (Jeśli tak proszę wskazać jakie)?:		Wartość punktowa Tak – 1 pkt Nie – 0 pkt
1	<input type="checkbox"/> Tak Proszę wymienić:	<input type="checkbox"/> Nie
Kandydat korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego/ortopedycznego:		Wartość punktowa Tak – 1 pkt Nie – 0 pkt
2	<input type="checkbox"/> Tak Proszę wymienić:	<input type="checkbox"/> Nie
Razem:		

Odległość od miejsca zamieszkania Kandydata do najbliższego sklepu spożywczego _____

Odległość od miejsca zamieszkania Kandydata do Lekarza Pierwszego Kontaktu _____

Odległość od miejsca zamieszkania Kandydata do Ośrodka Zdrowia/ POZ: _____

CZEŚĆ II. SYTUACJA RODZINNA I MAJĄTKOWA KANDYDATA (max. 9 pkt.):**1. SYTUACJA RODZINNA KANDYDATA (max. 3 pkt):**

Czy członkowie rodziny lub osoby mieszkające wspólnie z kandydatem są w stanie zapewnić wsparcie w codziennych czynnościach?		Wartość punktowa Tak – 0 pkt Nie – 1 pkt
1	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy w wykonywaniu czynności domowych ktoś pomaga?		Wartość punktowa Tak – 0 pkt Nie – 1 pkt
2	<input type="checkbox"/> Tak - rodzina <input type="checkbox"/> - znajomi <input type="checkbox"/> - instytucje <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nie
Czy kandydat korzysta z pomocy OPS?		Wartość punktowa Tak – 0 pkt Nie – 1 pkt
<input type="checkbox"/> Tak - pomoc w formie finansowej <input type="checkbox"/> - pomoc w formie usług opiekuńczych <input type="checkbox"/> - pomoc w formie rzeczowej <input type="checkbox"/> - pomoc w innej formie <input type="checkbox"/>		
Razem:		

**2. SYTUACJA MAJĄTKOWA KANDYDATA (max. 5 pkt):**

A) Standardy mieszkaniowe (max. 2 pkt):

Lp.	Standardy mieszkaniowe	Wartość punktowa
1	Brak łazienki z ciepłą wodą – 0,5 pkt	
2	Brak centralnego ogrzewania – 0,5 pkt	
3	Mieszkanie nie dostosowane do osoby niepełnosprawnej – 0,5 pkt	
4	Brak osobnego pokoju dla osoby objętej wsparciem – 0,5 pkt	
Razem		

B) Dochody kandydata i osób najbliższych (max. 3 pkt.):

	Ilość osób we wspólnym gospodarstwie	Dochody z emerytury, renty lub pracy	Inne dochody (np. dzierżawa, najem, świadczenia alimentacyjne)	Suma
Kandydat				
Współmałżonek				
Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym				
Razem:				
Wartość punktowa:				

- dochód niższy lub równy 1.620 zł – 3 pkt
- dochód powyżej niż 1.620 zł do 3.200 zł - 2 pkt
- dochód powyżej 3.200 zł do 4.500 zł – 1 pkt
- dochód powyżej 4.500 zł – 0 pkt

Podsumowanie wywiadu środowiskowego		Wartość punktowa
1	SKALA BARTHELA (max. 10 pkt)	
2	SYTUACJA ZDROWOTNA KANDYDATA (max. 2 pkt)	
3	SYTUACJA RODZINNA KANDYDATA (max. 3 pkt)	
4	SYTUACJA MAJĄTKOWA KANDYDATA (max. 5 pkt)	
Razem:		



Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą

Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Podpis osoby udzielającej informacji:

Kandydata/podpis osoby upoważnionej/przedstawiciela prawnego

OCENA ZAKRESU WSPARCIA I ODPŁATNOŚCI:

(wypełnia Organizator Usług Opiekuńczych)

1. ZAKRES WSPARCIA:

POTRZEBY I OCZEKIWANIA KANDYDATA ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU:

OCENA MOŻLIWOŚCI PRYZNANIA OCZEKIWANEJ LICZBY GODZIN:

Proponowana ilość godzin usług opiekuńczych w miesiącu: _____

Dni tygodnia: _____

Inne ustalenia trybu świadczenia usług:

2. WYLICZENIE CZĘŚCIOWEJ ODPŁATNOŚCI ZA USŁUGI:

Suma dochodów (z cz. II wywiadu): _____ zł

Liczba osób uwzględniona do podziału (z cz. II wywiadu): _____

Średni dochód na osobę : _____ zł

Częściowa odpłatność za usługi wg Regulaminu świadczenia usług w projekcie:

Dni powszednie _____ zł/godz.

Dni powszednie po godzinie 16:00, soboty, niedziele i święta _____ zł/godz.

Uzasadnienie potrzeby obniżenia odpłatności:

(wypełnia Organizator Usług Opiekuńczych):

Data i miejsce przeprowadzenia wywiadu:

Podpis Organizatora Usług Opiekuńczych



DECYZJA ORGANIZATORA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Kandydat zakwalifikowany do projektu „Pogodna Jesień Życia w powiecie kłodzkim i wałbrzyskim”:		
1	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<p>proszę podać przyczynę niezakwalifikowania do projektu</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Ilość godzin usług opiekuńczych w miesiącu: _____

Dni tygodnia: _____

Zakres czynności zawarty w kontrakcie trójstronnym określający indywidualny zakres usług opiekuńczych - załącznik nr 1 do umowy o świadczenie usług opiekuńczych.

Decyzja o wysokości odpłatności:

Dni powszednie do godziny 16:00 _____ zł/godz.

Dni powszednie po godzinie 16:00, soboty, niedziele i święta _____ zł/godz.

Podpis Organizatora Usług Opiekuńczych

Podpis Koordynatora projektu