

Załącznik Nr 3
do Zarządzenia Nr 1/2021
Kierownika Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Orli
z dnia 20.04.2021 r.

Kwestionariusz
do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej
opieki i pomocy na potrzeby Projektu „Wsparcie usługami społecznymi w
miejscu zamieszkania – gmina Orla”

***wypełnia kandydat do uczestnictwa w Projekcie**

*Dane osobowe	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
PESEL	

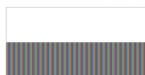
***Poniżej w tabeli wstaw odpowiedni stopień samodzielności:**

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

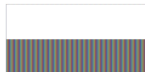
Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności*
Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych	
Czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych	
Przygotowywanie lub dostarczanie posiłków	
Pomoc w spożywaniu posiłków, karmienie	
Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, 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 pieluch-majtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych	
Pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej	
Ślanie 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	



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**Rzeczpospolita
Polska**



Pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie:	

.....
Podpis uczestnika projektu**

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