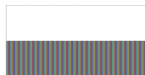


Załącznik Nr 8
do Zarządzenia Nr 1/2021
Kierownika Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Orli
z dnia 20.04.2021 r.

PODSTAWOWA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Imię/Imiona:	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:	
OPIS SYTUACJI ZDROWOTNEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU	
Istotne informacje o stanie zdrowia dla służb ratunkowych/teleopieki (choroby np. sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór obecnie leczony, alergie/uczulenia, astma, inne ...; rodzaje przyjmowanych leków: tabletki, zastrzyki, insulina; rodzaj diety (w tym PEG); inne ważne) 	
Informacje o niepełnosprawności: Czy osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak proszę podać: stopień niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić) : lekki / umiarkowany / znaczny rodzaj dysfunkcji: Orzeczenie zostało wydane (niewłaściwe skreślić) na stałe/czas określony do dnia	
Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: Imię nazwisko adres przychodni telefon kontaktowy.....	
Ogólna ocena stanu osoby niesamodzielnej i/lub zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia:	



na podstawie przedłożonej dokumentacji oraz rozmowy/wywiadu/obserwacji potwierdzono, że Kandydat/kandydatka potrzebuje pomocy i wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego tj. (można podać inne czynniki wpływające na niesamodzielność):

.....

.....

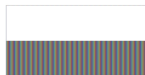
.....

.....

OCENA SYTUACJI MATERIALNEJ I ŻYCIOWEJ KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU ORAZ JEJ OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

Sytuacja rodzinna	TAK	NIE
Osoba samotna / osoba samotnie gospodarująca		
Czy osoba zamieszkuje wspólnie z rodziną?		
Czy osoba posiada rodzinę mieszkającą w tej samej miejscowości lub w okolicy?		
Czy osoba posiada sąsiadów, z którymi utrzymuje stały kontakt w najbliższym otoczeniu (do 0, 5 km)?		
Sytuacja opiekunów prawnych/ faktycznych osoby niesamodzielnej	TAK	NIE
Czy osoba ma ustalonego opiekuna prawnego		
Czy opiekun / rodzina może zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej		
Jeżeli nie proszę podać z jakich przyczyn:		
Czy opiekun pracuje? W jakiej odległości od osoby niesamodzielnej mieszka opiekun?		
Dane kontaktowe do opiekuna/nów / członka/ków rodziny:		
Imię nazwisko Adres: telefon kontaktowy.....	Imię nazwisko Adres: telefon kontaktowy.....	
Sytuacja ekonomiczna osoby niesamodzielnej		
Łączny miesięczny dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie za ostatni miesiąc wynosi: zł		
Stałe miesięczne wydatki osoby/ rodziny łącznie: zł		
Czy osoba korzysta z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak proszę podać formy pomocy oraz ich zakres:		

WERYFIKACJA DEKLAROWANYCH NA ETAPIE REKRUTACJI FORMALNEJ KRYTERIÓW
KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU:



Kandydat/kandydatka:

- ☐ mieszka na terenie gminy Orla
- ☐ jest osobą niesamodzielną, która z powodu: *wieku / stanu zdrowia / niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić)* potrzebuje wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Powyższe stwierdzono na podstawie:

- ☐ dokumentu tożsamości
- ☐ zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia
- ☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ *innych dokumentów/rozmowy/wywiadu/obserwacji* przedstawionych/przeprowadzonej* przez pracownika socjalnego GOPS Orla potwierdzających kryteria włączenia: (*niewłaściwe skreślić oraz określić jakich)*
-
-

Kandydat/kandydatka należy do osób z grupy preferowanej do objęcia wsparciem (należy zaznaczyć właściwe):

- ☐ osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ☐ osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.
- ☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.*
- ☐ osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.
- ☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.*

Powyższe stwierdzono na podstawie (należy zaznaczyć właściwe):

- ☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ zaświadczenia z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Orli
- ☐ innego dokumentu (*jaki*)

PODSUMOWANIE OCENY

Kandydat/kandydatka **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** (niewłaściwe skreślić): warunki udziału oraz

- ☐ kwalifikuje się ☐ nie kwalifikuje się

do objęcia wsparciem dostępnym w ramach projektu pn. „Wsparcie usługami społecznymi w miejscu zamieszkania – gmina Orla”.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pracownika socjalnego)