



Załącznik nr 5. Podstawowa ocena materialno-życiowa osoby niesamodzielnej do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”

### PODSTAWOWA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Imię i nazwisko		
Data urodzenia		PESEL
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

.....

.....

*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.*



**Dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:**

Imię i nazwisko: .....

adres przychodni: .....

telefon kontaktowy: .....

**Ogólna ocena stanu osoby niesamodzielnej :** (opis stopnia realizacji czynności życiowych) na podstawie przedłożonych dokumentów:

.....  
.....  
.....

Dodatkowo na podstawie przedłożonej dokumentacji oraz rozmowy/wywiadu/obserwacji przeprowadzonej w trakcie OMŻ 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?		
.....		
<b>Dane kontaktowe do opiekuna/nów / członka/ów rodziny:</b>		
Imię .....	Imię .....	
nazwisko.....	nazwisko.....	
adres.....	adres.....	
.....	.....	
telefon kontaktowy.....	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?
<input type="checkbox"/> TAK
<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak proszę podać formy pomocy oraz ich zakres: .....
.....

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



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

### Kandydat/kandydatka:

mieszka na terenie województwa lubuskiego

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

oceny stanu zdrowia wg skali Barthel

zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia

orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

innych dokumentów/rozmowy/wywiadu/obserwacji\* przedstawionych/przeprowadzonej\* w trakcie OMŻ 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.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
- orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej
- 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. pn., „Rozwój usług opiekuńczych asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”.

Szczegółowy zakres wsparcia zostanie określony w Indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki na podstawie informacji zebranych podczas niniejszej oceny.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia OMŻ)

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.



Załącznik nr 1 do kontraktu trójstronnego dot. Realizacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej w ramach projektu pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”

### **INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I OPIEKI UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”**

*(część I wypełniana wyłącznie w przypadku Oceny Materialno-Życiowej zakończonej potwierdzeniem kwalifikowalności do projektu)*

Imię i nazwisko		
Data urodzenia	PESEL	
Adres zamieszkania		

**Na podstawie przeprowadzonej Oceny Materialno-Życiowej stwierdzono, że osoba niesamodzielna kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach:**

#### ***I. USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH***

TAK     NIE

**Rekomendowany okres włączenia do usług teleopiekuńczych**

Informacja o ograniczeniach w możliwości użytkowania opaski bezpieczeństwa w szczególności ograniczeniach wynikających z niepełnosprawności lub informacja o szczególnych potrzebach związanych z procesem teleopieki oferowanych w ramach projektu:

.....

.....

#### ***II. USŁUG OPIEKUŃCZYCH LUB SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ŚWIADCZONYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA***

TAK     NIE

Uzasadnienie decyzji (należy wybrać właściwe) przyznania / odmowy przyznania usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania:

.....

.....

Rodzaj usług opiekuńczych (usługi opiekuńcze/sąsiedzkie usługi opiekuńcze), ich zakres i wymiar godzinowy zostanie określony w II części Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki po przeprowadzeniu rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej osoby niesamodzielnej.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.



Wnoszę o przeprowadzenie rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej osoby niesamodzielnej Uwagi:

.....  
.....  
.....

### **III. USŁUG ASYSTENCKICH ŚWIADCZONYCH PRZEZ AON / AONN**

TAK     NIE

Uzasadnienie decyzji (należy wybrać właściwe) przyznania / odmowy przyznania usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania:

.....  
.....  
.....

Usługi asystenckie ich zakres i wymiar godzinowy zostanie określony w II części Indywidualnego Planu Wsparcia i Opieki po przeprowadzeniu rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej osoby niesamodzielnej.

Wnoszę o przeprowadzenie rozszerzonej oceny sytuacji materialno-życiowej osoby niesamodzielnej Uwagi:

.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia OMŻ)

Akceptuję:.....  
(podpis osoby, której dotyczyła ocena bądź opiekuna prawnego/faktycznego tej osoby)

*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.*