



Załącznik nr 14. Rozszerzona ocena materialno -życiowej osoby niesamodzielnej do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”

*\*niewłaściwe skreślić*

## ROZSZERZONA OCENA MATERIALNO-ŻYCIOWA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

### Dane osoby niesamodzielnej:

Imię i Nazwisko		
Data urodzenia	PESEL	
Adres zamieszkania		

### Sytuacja mieszkaniowa osoby niesamodzielnej lub rodziny osoby niesamodzielnej:

Warunki mieszkaniowe (dostęp do m.in.: prądu, wody, ogrzewania, łazienki, windy, ilość pomieszczeń, stan pomieszczeń) – należy krótko opisać :

.....

.....

.....

### Funkcjonowanie rodziny w środowisku i zagrożenia ze strony środowiska opis:

.....

.....

.....

### Potrzeby i oczekiwania osoby lub rodziny/opiekuna faktycznego w zakresie usług opiekuńczych, sąsiedzkich usług opiekuńczych lub asystenckich:

.....

.....

.....

.....

*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.*

**Sytuacja ekonomiczna osoby niesamodzielnej (należy zaznaczyć właściwe):**

Dochód osoby niesamodzielnej	TAK	NIE
poniżej 150 % kryterium dochodowego		
między 150-200% kryterium dochodowego		
powyżej 200% kryterium dochodowego		
Wysokość dochodu: ..... zł / na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie. (niewłaściwe skreślić) Stwierdzono na podstawie (należy wskazać dokument): ..... .....		
Stałe miesięczne wydatki osoby/ rodziny łącznie wynoszą: .....zł.		

Czy informacje zawarte w Karcie Oceny Materialno - Życiowej są aktualne: TAK  NIE   
(jeżeli nie należy ponownie wypełnić kartę Oceny Materialno - Życiowej)

Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

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

Uwagi pracownika przeprowadzającego Rozszerzoną Oceny Sytuacji Materialno-Życiowej:

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

**PODSUMOWANIE ROZSZERZONEJ OCENY MATERIALNO-ŻYCIOWEJ OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

Na podstawie analizy Oceny Sytuacji Materialno-Życiowej, przedstawionej dokumentacji oraz przeprowadzonej Rozszerzonej Oceny Sytuacji Materialno-Życiowej stwierdzono, że Uczestnik/czka Projektu

kwalifikuje się  nie kwalifikuje się

do objęcia wsparciem w zakresie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dostępnych w ramach projektu pn. „Rozwój usług opiekuńczych, asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa” w postaci :

usług opiekuńczych  sąsiedzkich usług opiekuńczych  usług asystenckich

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.

Uzasadnienie odmowy przyznania usług opiekuńczych/sąsiedzkich usług opiekuńczych/ usług asystenckich:

Zakres wsparcia, rodzaj ww. usług i ich wymiar godzinowy zostanie opracowany we współpracy z osobą niesamodzielną (bądź jej opiekunem prawnym/faktycznym) i określony zostanie w indywidualnym Planie Wsparcia i Opieki (w części II)

ROMŻ przeprowadzono w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielne.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby przeprowadzającej ROMZ)

## INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I OPIEKI

### II.CZĘŚĆ

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej: .....

Adres zamieszkania: .....

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego\* .....

Telefon kontaktowy opiekuna faktycznego\* .....

**Po dokonaniu Rozszerzonej Oceny Materialno-Życiowej osoba niesamodzielna otrzymuje następujące wsparcie w miejscu zamieszkania:**

usługi opiekuńcze       sąsiedzkie usługi opiekuńcze       usługi asystenckie

#### A. Zakres przyznanych usług opiekuńczych obejmuje(należy zaznaczyć właściwe):

Lp	ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH	TAK
<b>I. Pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, w tym:</b>		
1	czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych	
a	przygotowanie lub dostarczanie posiłków	
b	pomoc w spożywaniu posiłków lub karmieniu	
2	czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym: utrzymanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników	
3	dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych	

*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.*

4	czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych	
5	czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego	
6	pomoc przy przemieszczaniu się	
<b>II. Opieka Higieniczna:</b>		
1	czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej	
2	pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych	
3	zmiianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgniarskich	
4	pomoc przy ubieraniu się	
5	zmiianę bielizny osobistej	
6	zmiianę bielizny pościelowej	
7	układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji	
<b>III. Pielęgnacja zlecona przez lekarza</b>		
	czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, czynności uzupełniające do pielęgniarskiej opieki środowiskowej	
<b>IV. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:</b>		
1	czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług	
2	czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej	

**B. Zakres przyznanych sąsiedzkich usług opiekuńczych obejmuje(należy zaznaczyć właściwe):**

Lp	ZAKRES SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH	TAK
<b>I. Pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach domowych, w szczególności:</b>		
1	pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów	
2	przygotowanie lub dostarczanie posiłków	
3	pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym domu	
<b>II. Pomoc w podstawowych, codziennych czynnościach życiowych, w szczególności:</b>		
1	pomoc w praniu odzieży i bielizny	
2	pomoc w uiszczaniu opłat, w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów	
3	w tym kontaktowanie się w sprawach urzędowych w imieniu osoby objętej usługą	
4	towarzyszenie na spacerach	

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.

5	Informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia lub sytuacjach kryzysowych	
6	odwiedziny w szpitalu	

Okres objęcia wsparciem od ..... do .....

Łączny wymiar przyznanych godzin usług opiekuńczych/ sąsiedzkich usług opiekuńczych/ usług asystenckich\* na miesiąc wynosi ..... godzin.

### Odpłatność za usługi:

Na podstawie przeprowadzonej Rozszerzonej Oceny Materialno – Życiowej Osoby niesamodzielnej przyznaję usługi opiekuńcze

bezpłatnie     odpłatnie

Ustalona cena godziny za dobrane usługi opiekuńcze (uwzględniając rodzaj usług) wynosi: ..... zł (słowie: ..... złotych).

Miesięczna opłata za usługi opiekuńcze wynosi ..... zł.

Słownie: .....zł.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
( podpis pracownika socjalnego)

Akceptuję i wyrażam zgodę na objęcie wsparciem w zakresie zaproponowanych usług:

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby niesamodzielnej/opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej)

\*niewłaściwe skreślić

