



Załącznik nr 2. Regulamin projektu „Usługi asystenckie oraz opiekuńcze, w tym opiekuńcze sąsiedzkie, na rzecz mieszkańców wybranych gmin powiatu żywieckiego”

ANKIETA POTRZEB W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA USŁUG ASYSTENCKICH

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o wsparcie | |
| Adres | |
| Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej (jeśli dotyczy) | |

Proszę o wskazanie w jakich obszarach możemy pomóc. Na podstawie ankiety nastąpi przypisanie do właściwej formy wsparcia oraz osoba je zapewniająca.

Proszę postawić znaczek X lub v w lewej kolumnie właściwą odpowiedź

| Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | organizowanie i podtrzymywanie kontaktów sąsiedzkich i rodzinnych |
| <input type="checkbox"/> | obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń służących komunikacji |
| <input type="checkbox"/> | wyjście na spacer |
| <input type="checkbox"/> | czytanie |
| <input type="checkbox"/> | wsparcie w odrabianiu lekcji oraz spędzaniu wolnego czasu (dotyczy dzieci) |
| <input type="checkbox"/> | asystowanie podczas udziału w życiu społecznym (w kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych czy w punktach usługowych |
| <input type="checkbox"/> | wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalną komunikacją |
| <input type="checkbox"/> | w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji |



| Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | wsparcie w robieniu zakupów (towarzystwo osobie z niepełnosprawnością w wyjściu do pobliskiego sklepu, przygotowanie listy zakupów) |
| <input type="checkbox"/> | pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) |
| <input type="checkbox"/> | podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go |
| <input type="checkbox"/> | pomoc w utrzymywaniu czystości w mieszkaniu, wynoszenie śmieci |
| <input type="checkbox"/> | przygotowanie posiłków z uwzględnieniem diety oraz mycie naczyń |
| <input type="checkbox"/> | przygotowanie produktów lub posiłków na część dnia, w której podopieczny zostanie sam (podwieczorek, kolacja) |
| <input type="checkbox"/> | pomoc przy przygotowaniu spożywaniu posiłków, o ile wymaga tego podopieczny |
| Wsparcie poza miejscem zamieszkania | |
| <input type="checkbox"/> | przebieganie wózka osoby z niepełnosprawnością |
| <input type="checkbox"/> | pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych |
| <input type="checkbox"/> | pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym |
| <input type="checkbox"/> | asystowanie podczas podróży środkami transportu |
| <input type="checkbox"/> | pomoc w załatwianiu spraw urzędowych |
| <input type="checkbox"/> | pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. |
| <input type="checkbox"/> | transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) |
| Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej | |
| <input type="checkbox"/> | opieka higieniczno-sanitarna |
| <input type="checkbox"/> | pomoc przy kąpieli osobom w tym czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci |
| <input type="checkbox"/> | pomoc w toalecie/myciu osoby sprawnej ruchowo w łazience |



| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | mycie osoby obłożnie chorej (leżącej) na łóżku chorego |
| <input type="checkbox"/> | zmiana bielizny osobistej i pościelowej według potrzeb podopiecznego |
| <input type="checkbox"/> | pranie bielizny osobistej i pościelowej pod warunkiem posiadania przez podopiecznego pralki automatycznej, względnie noszenie bielizny do pralni; |
| <input type="checkbox"/> | układanie chorego na łóżku |
| <input type="checkbox"/> | pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana pampersów |
| Pozostałe potrzeby nie wskazane powyżej. Proszę opisać. | |
| | |
| Proszę określić zakres czasowy usług. Jak często i w jakim wymiarze czasowym wymagane jest wsparcie? (np. codziennie rano przez 1 godzinę, poza weekendami albo dwa razy w tygodniu po 4 godziny popołudniami) | |
| | |
| Pozostałe pytania | |
| <input type="checkbox"/> | Korzystam ze wsparcia w ramach programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 |
| <input type="checkbox"/> | Samodzielnie prowadzę gospodarstwo domowe (mieszkam samotnie) |
| <input type="checkbox"/> | Odbiorcą usług ma być dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną |
| <input type="checkbox"/> | Jestem rodzicem samotnie wychowującym dziecko |



Uwaga! Usługi świadczone w ramach projektu nie obejmują:

wyręczanie w czynnościach, dla których nie ma przeciwwskazań do ich wykonania
zabiegów wymagających kwalifikacji medycznych
czynności związanych z rehabilitacją medyczną chorego
prac remontowych w domu podopiecznego np. malowanie
ciężkich prac związanych z generalnymi porządkami w tym. np. przesuwanie mebli,
noszenie ciężkich przedmiotów
przygotowywanie posiłków dla innych niż podopieczny osób
robienie zakupów dla innych niż podopieczny osób
panie bielizny i ubrań należących do innych niż podopieczny osób
prac porządkowych na terenie posesji podopiecznego (np. koszenie trawy, grabienie liści)

.....
data

.....
podpis osoby przystępującej / opiekuna prawnego