Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji

**KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI**

**Centrum wsparcia usług społecznych w Czarnym Dunajcu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOBSŁUGI | Osoba jest samodzielna, nie wymaga wsparcia i opieki **X= 0 pkt** | Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu **X= 1 pkt** | Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności, nawet przy wsparciu **X= 2 pkt** |
| **HIGIENA CIAŁA** (mycie włosów, kąpiel, toaleta jamy ustnej, obcinanie paznokci, golenie)  |   |  |  |
| **ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH** (kontrola nad czynnościami wydalniczymi, korzystanie z toalety, dojście do toalety i powrót)  |   |   |   |
| **UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE** (przygotowanie ubrań adekwatnie do warunków pogodowych, ubieranie się, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrania)  |   |   |   |
| **ODŻYWIANIE** (sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, posługiwanie się sztućcami, przygotowanie posiłków, przyjmowanie leków) |   |   |   |
| OCENA PORUSZANIA SIĘ | Osoba samodzielni e się porusza, bez żadnej pomocy **X= 0 pkt**  | Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób/sprzętów pomocniczych, jak kula, chodzik, laska przy wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu **X= 1 pkt**  | Osoba nie jest w stanie poruszać się, nawet przy wsparciu innych osób/sprzętów pomocniczych w jakimkolwiek obszarze **X= 2 pkt**  |
| **W MIESZKANIU**(wstawanie z łóżka i powrót do niego, siadanie, chodzenie w obrębie mieszkania) |  |  |  |
| **POZA MIESZKANIEM**(chodzenie po schodach, opuszczanie mieszkania i powrót do niego, korzystanie ze środków komunikacji, przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania) |  |  |  |
| OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z PROWADZENIEM GOSPODARSTWA DOMOWEGO  | Osoba jest samodzielna, nie wymaga wsparcia i opieki **X= 0 pkt**  | Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu**X= 1 pkt**  | Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności z katalogu, nawet przy wsparciu **X= 2 pkt**  |
| **CZYNNOŚCI GOSPODARCZE** (sprzątanie, mycie okien, mycie podłóg, pranie, prasowanie, robienie zakupów)  |  |  |  |
| **PRZYGOTOWYWANIE POSIŁKÓW** (przygotowywanie posiłków, zwłaszcza ciepłych, obsługa urządzeń niezbędnych do gotowania) |  |  |  |
| OCENA UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM | Osoba nie wymaga wsparcia w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, załatwianiu spraw, organizacji swojego czasu wolnego **X= 0 pkt**  | Osoba wymaga wsparcia w co najmniej jednym obszarze z katalogu, by uczestniczyć w życiu społecznym - z uwagi na np. poczucie osamotnienia związane z utratą osób bliskich, rozluźnienie więzi rodzinnych, konflikty, oddalenie od bliskich w przestrzeni geograficznej; - z uwagi na chorobę np. depresję, demencję; - z uwagi na niepełnosprawność, która wyklucza samodzielny udział w życiu społecznym**X= 1 pkt** | Osoba m.in. ma znaczne trudności w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, jest wycofana ze spraw innych, ma problemy w relacjach z rodziną lub nie utrzymuje ich w ogóle **X= 2 pkt**  |
| * umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych,
* umiejętność rozwiązywania codziennych problemów,
* umiejętność załatwiania spraw urzędowych i spraw w placówkach służby zdrowia,
* umiejętność podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby,
* umiejętność organizacji czasu wolnego,
* umiejętność korzystania z dostępnej oferty kulturalnej, sportowej, rekreacyjnej mówienie
 |  |  |  |
| 1. **OCENA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM**
 | Osoba komunikuje się samodzielni e, nie wymaga wsparcia**X= 0 pkt**  | Osoba wymaga pomocy w co najmniej jednym obszarze umiejętności komunikacyjnych w związku z problemami ze słuchem, wzrokiem, pamięcią (np. noszenie aparatu słuchowego, okularów), wymaga podpowiedzi; porozumiewa się gestem, pojedynczymi słowami itp.)**X= 1 pkt**  | Osoba niezdolna do komunikowania się, nawet przy wsparciu (np. nie mówi, nie spełnia poleceń, nie rozumie mowy)**X= 2 pkt**  |
| * mówienie
* rozumienie mowy
* wykonywanie poleceń
* słyszenie
 |  |  |  |
| RAZEM PUNKTACJA |  |

…………………………….. ……………………………………………………………………………..

*Miejscowość, data* c*zytelny podpis Kandydata/tki do projektu*

**Uczestnikami placówki mogą być wyłącznie osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.** To kryterium uznaje się za spełnione, jeżeli osoba rekrutowana do ośrodka wsparcia zgodnie z poniższym kwestionariuszem otrzymała minimum 3 pkt. Oraz maksimum 15 pkt.