



Ocena socjalno-bytowa

1. Sytuacja rodzinna:	<input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> Osoba samotna/ samotnie gospodarująca <input type="checkbox"/> Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach <input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca z rodziną /inną osobą
2. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)	
3. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności / niesamodzielności	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona <input type="checkbox"/> Wypadek, uraz <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba <input type="checkbox"/> Inne, jakie?
4. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielność	<input type="checkbox"/> Orzeczenie ZUS/KRUS <input type="checkbox"/> Na stałe <input type="checkbox"/> Terminowe do <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności znacznym/umiarkowanym/lekkim na stałe/terminowe do..... <input type="checkbox"/> Nieustalony stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż osoba wymaga pomocy innych osób
5. Aktywność indywidualna/poziom sprawności ruchowej i samoobsługi/oczekiwana pomoc	<input type="checkbox"/> Czynności pielęgnacyjne: <input type="checkbox"/> Odprowadzanie do toalety <input type="checkbox"/> Zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń <input type="checkbox"/> Czynności żywieniowe: <input type="checkbox"/> Przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia <input type="checkbox"/> Pomoc w przygotowaniu posiłków <input type="checkbox"/> Czynności gospodarcze: <input type="checkbox"/> Przynoszenie opału, palenie w piecu <input type="checkbox"/> Sprzątanie: utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby, utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych <input type="checkbox"/> Pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (podać jakie?)..... <input type="checkbox"/> Czynności organizacyjne: <input type="checkbox"/> Zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych <input type="checkbox"/> Realizacja recept <input type="checkbox"/> Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach <input type="checkbox"/> Pomoc w organizacji czasu wolnego <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (jakie?) <input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem: <input type="checkbox"/> Inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym <input type="checkbox"/> Organizacja wyjść z mieszkania <input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych <input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalno-sportowo-rekreacyjnych <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej

