



## Ocena socjalno-bytowa

|   |  |
|---|--|
| 1. Sytuacja rodzinna:   | <input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna<br><input type="checkbox"/> Osoba samotna/ samotnie gospodarująca<br><input type="checkbox"/> Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach<br><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<br><input type="checkbox"/> Wypadek, uraz<br><input type="checkbox"/> Przewlekła choroba<br><input type="checkbox"/> Inne, jakie?   |
| 4. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielność                     | <input type="checkbox"/> Orzeczenie ZUS/KRUS<br><input type="checkbox"/> Na stałe<br><input type="checkbox"/> Terminowe do ....<br><input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności znacznym/umiarkowanym/lekkim na stałe/terminowe do.....<br><input type="checkbox"/> Nieustalony stopień niepełnosprawności<br><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:<br><input type="checkbox"/> Odprowadzanie do toalety<br><input type="checkbox"/> Zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń<br><input type="checkbox"/> Czynności żywieniowe:<br><input type="checkbox"/> Przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia<br><input type="checkbox"/> Pomoc w przygotowaniu posiłków<br><input type="checkbox"/> Czynności gospodarcze:<br><input type="checkbox"/> Przynoszenie opału, palenie w piecu<br><input type="checkbox"/> Sprzątanie: utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby, utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych<br><input type="checkbox"/> Pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej<br><input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (podać jakie?).....<br><input type="checkbox"/> Czynności organizacyjne:<br><input type="checkbox"/> Zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych<br><input type="checkbox"/> Realizacja recept<br><input type="checkbox"/> Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach<br><input type="checkbox"/> Pomoc w organizacji czasu wolnego<br><input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (jakie?) .....<br><input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:<br><input type="checkbox"/> Inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym<br><input type="checkbox"/> Organizacja wyjść z mieszkania<br><input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych<br><input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalno-sportowo-rekreacyjnych<br><input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej |



|  |  |
|--|--|
| 6. Aktualna sytuacja rodzinna i społeczna: |  |
| 7. Informacje dodatkowe:                   |  |

**Diagnoza pracownika socjalnego i propozycje dalszych działań**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis pracownika socjalnego)