Załącznik do:

- formularza rekrutacyjnego na usługi opieki wytchnieniowej
- formularza rekrutacyjnego na usługi asystenckie i opiekuńcze

w ramach projektu pt. „Usługi społeczne w gminach Długołęka, Dobroszyce, Kobierzyce, Miękinia, Oborniki Śląskie, Oleśnica (miasto), Wisznia Mała, Zawonia" nr FEDS.07.10-IP.02-0004/24

**WYWIAD DIAGNOSTYCZNY**

| **I. Dane uczestnika** | | |
|---|---|---|
| 1. | Imię i nazwisko | |
| 2. | Adres zamieszkania | |
| 3. | Telefon kontaktowy | |
| 4. | Data urodzenia | |
| 5. | Status osoby z niepełnosprawnością | **a) W przypadku osób pełnoletnich**<br>Stopień orzeczenia o niepełnosprawności:<br>□ znaczny<br>□ umiarkowany<br>□ lekki<br><br>Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów<br><br>❑Tak ❑Nie<br><br>Osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj.:<br><br>□ chora psychicznie i wykazująca zaburzenia psychotyczne<br>□ upośledzona umysłowo<br>□wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych<br><br>**b) w przypadku osób poniżej 16 r.ż.**<br>□ orzeczenie o niepełnosprawności<br>□ uczeń lub dziecko w wieku przedszkolnym posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego<br>□dzieci i młodzież posiadająca orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim |
| 6. | Okres ważności orzeczenia | □ na stałe<br>□ na czas określony do …….. |
| 7. | Symbol niepełnosprawności | □ 01-U – upośledzenie umysłowe; |

| | | |
|---|---|---|
| | | □ 02-P – choroby psychiczne;<br>□ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;<br>□ 04-O – choroby narządu wzroku;<br>□ 05-R – upośledzenie narządu ruchu;<br>□ 06-E – epilepsja;<br>□ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia;<br>□ 08-T – choroby układu pokarmowego;<br>□ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego;<br>□ 10-N – choroby neurologiczne;<br>□ 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego;<br>□ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe. |
| 8. | Czy dla kandydata na uczestnika projektu ustanowiony został opiekun prawny | □ Tak<br>□ Nie |
| | | Jeżeli tak, proszę podać jego imię i nazwisko |
| 9. | Czy korzysta Pan(i) z usług systemu pomocy społecznej | □ Tak<br>□ Nie<br>Jeżeli **tak** to z jakiego względu: |
| 10. | Czy korzysta Pan(i) z Programu FEPŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową) | □ Tak<br>□ Nie |
| 11. | Czy porusza się Pan(i): | W domu<br>□ 1) samodzielnie<br>□ 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.<br>□ 3) Osoba przewlekle leżąca (długotrwale unieruchomiona) / słabo poruszająca się <50 m. |
| | | Poza miejscem zamieszkania<br>□ 1) samodzielnie<br>□ 2) z pomocą sprzętów ortopedycznych / z asekuracją innej osoby<br>□ 3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych |
| 12. | Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie? | Tak ☐ / Nie ☐ |
| 13. | Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? | |
| 14. | Czy zamieszkuje Pan(i) sam(a)? | Tak ☐<br>Nie ☐ |
| 15. | Czy mieszka Pan(i) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z inną osobą z niepełnosprawnością /mi | Tak ☐<br>Nie ☐<br><br>Jeżeli tak, kto to jest…… |
| **II. Środowisko** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 1. | Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania? | | |
| **III. Zapotrzebowanie na wsparcie i oczekiwania wobec asystenta / opiekuna** | | | |
| 1. | Preferowane cechy asystenta / opiekuna które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie | Płeć: | |
| | | Inne np. zainteresowania, umiejętności: | |
| 2. | Wskazanie asystenta / opiekuna (jeżeli jest rekomendowany) | Imię i nazwisko: | |
| 3. | W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie? | | |
| 4. | Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne? | | |
| **IV. Zakres oczekiwanych przez klienta czynności wykonywanych przez asystenta / opiekuna** | | | |
| 1. | Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej | korzystanie z toalety | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | mycie głowy, mycie ciała, kąpiel | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | czesanie | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | golenie | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | obcinanie paznokci | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | zapobieganie powstania odleżyn lub oparzeń | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | zmiana pielucho-majtek i wkładów higienicznych | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | przygotowanie posiłków oraz karmienie<br>Jeżeli u klienta występują zaburzenia przełykania lub karmiony jest poprzez PEG/Zgłębnik (sondę) – proszę wskazać:<br>…….. | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | słanie łóżka i zmiana pościeli | Tak ☐ / Nie ☐ |
| 2. | Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie | w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów | Tak ☐ / Nie ☐ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) | |
| | | w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – pomoc w praniu odzieży w pralce automatycznej | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) | Tak ☐ / Nie ☐ |
| 3. | Wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania | pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta | Tak ☐ / Nie ☐ |
| 4. | Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem | obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | wyjście na spacer | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku | Tak ☐ / Nie ☐ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | trudności z werbalnym komunikowaniem się | |
| | | notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp. | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością | Tak ☐ / Nie ☐ |
| | | w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji | Tak ☐ / Nie ☐ |
| 5. | INNE / jakie? | | |

**V. Dotychczas otrzymywana pomoc**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? | Tak ☐ / Nie ☐ | |
| | | Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. | |
| 2. | Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pani(i) z usług asystencji osobistej lub usług opiekuńczych finansowanych ze środków Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska? | Tak ☐ / Nie ☐<br>Jeżeli Tak, proszę o podanie: | |
| | | limitu przyznanych godzin | |
| | | limitu wykorzystanych godzin: | |
| | | nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są dla Pana/Pani realizowane: | |

Zgłaszam/nie zgłaszam (niepotrzebne skreślić) specjalne potrzeby, np. w związku z niepełnosprawnością, chorobą np. zapewnienie odpowiedniej przestrzeni, tłumacza migowego), tj.

……
……

…… ……

miejscowość i data

**czytelny podpis** kandydata/ki
lub opiekuna prawnego kandydata

……

data, czytelny podpis lub pieczęć
osoby sporządzającej wywiad