



Załącznik nr 1 do  
Formularza zgłoszeniowego  
do projektu w formie  
wsparcia asystenta osoby  
starszej

## ANKIETA DOTYCZĄCA NIESAMODZIELNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE ASYSTENTA

<p>Rodzaj dysfunkcji Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu oraz wpisać rodzaj dysfunkcji w wymagane miejsca</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>dysfunkcja narządu ruchu (proszę podać jaka):</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>dysfunkcja narządu wzroku (proszę podać jaka):</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>dysfunkcja narządu mowy lub słuchu (proszę podać jaka):</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>zaburzenia psychiczne</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>dysfunkcje o podłożu neurologicznym</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inne (proszę podać jakie):</b></p>
<p>Czy porusza się Pani/Pan (jedenkrotny wybór)</p>	<p><b>W domu:</b></p> <p><input type="checkbox"/> samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> z pomocą sprzętu wspomagającego</p> <p><input type="checkbox"/> z pomocą innych osób, w tym ze sprzętem wspomagającym lub bez sprzętu wspomagającego</p>

<p>Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p>	<p><input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie</p>
<p>Czy porusza się Pani/Pan (jednokrotny wybór) Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p>	<p><b>Poza miejscem zamieszkania:</b></p> <p><input type="checkbox"/> samodzielnie</p> <p><input type="checkbox"/> z pomocą sprzętu wspomagającego</p> <p><input type="checkbox"/> z pomocą innych osób, w tym ze sprzętem wspomagającym lub bez sprzętu wspomagającego</p> <p><input type="checkbox"/> nie poruszam się samodzielnie</p>
<p>Czy wymaga Pani/Pan wsparcia w czynnościach samoobsługowych tj.: Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p>	<p>Wymagam wsparcia:</p> <p><input type="checkbox"/> czynności higieniczne np. mycie ciała, głowy, zmiana pampersa</p> <p><input type="checkbox"/> ubieranie się, czesanie, golenie, obcinanie paznokci</p> <p><input type="checkbox"/> podawanie posiłków</p>
<p>W przypadku samodzielnego zamieszkiwania czy wymaga Pani/Pan wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego? Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p>	<p>Wymagam wsparcia w:</p> <p><input type="checkbox"/> sprzątnięciu mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku oraz wynoszeniu śmieci, myciu okien (maks. 2 razy w roku)</p> <p><input type="checkbox"/> dokonywaniu bieżących zakupów (towarzyszenie w sklepie)</p> <p><input type="checkbox"/> praniu i prasowaniu odzieży i pościeli</p> <p><input type="checkbox"/> przygotowywaniu posiłków</p>
<p>Czy wymaga Pani/Pan wsparcia w podejmowaniu aktywności</p>	<p>Wymagam wsparcia:</p> <p><input type="checkbox"/> przy obsłudze komputera, tabletu, telefonu i innych urządzeń służących komunikacji</p> <p><input type="checkbox"/> podczas wyjścia na spacer/do urzędu, przychodni itp.</p>

<p>życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem? Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p>	<p><input type="checkbox"/> podczas wyjść/wyjazdów w szczególności do: kina, teatru, muzeum, lekarza oraz na basen</p>
<p>Informacja opisowa uzasadniająca potrzebę udzielenia wsparcia</p>	

<p>miejsowość i data</p>	
<p>podpis uczestnika Projektu (seniora) lub jego opiekuna prawnego</p>	