Strona 1 **Wzór Nr 15**

**INDYWIDUALNY ZAKRES SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ USŁUG OPIEKUŃCZYCH (zadania własne gminy)**

Imię i nazwisko osoby wymagającej pomocy:…………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………

Sytuacja rodzinna: [ ] samotnie zamieszkująca

[ ] posiadająca rodzinę zamieszkującą oddzielnie w Trójmieście i okolicach

[ ] zamieszkująca z rodziną/ inną osobą

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres usług** | | **Uwagi** | **Osoba poruszająca się samodzielnie** | **Osoba poruszająca się z pomocą innych osób** | **Osoba niezdolna do poruszania się** |
| **Usługi o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym** | | | | | |
|  | Toaleta podopiecznego:  \*mycie ciała, mycie głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów  \*pomoc przy kąpieli  \*golenie, higiena paznokci u rąk i nóg, czyszczenie protez zębowych |  | [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] |
|  | Pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej |  |  | [ ] | [ ] |
|  | Prześcielenie łóżka |  |  | [ ] | [ ] |
| lub | Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych:  \*odprowadzanie do toalety  \*zakładanie i zmiana pielucho majtek z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i poparzeń |  |  | [ ]  [ ] | [ ] |
|  | Wykonywanie czynności zleconych przez lekarza (wyszczególnionych na *Zaświadczeniu lekarskim*):  \*układanie chorego w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała  \*opróżnianie cewnika  \*podawanie leków  \*mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, poziomu cukru  \*oklepywanie  \*wykonywanie inhalacji |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |
|  | Zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów oraz towarzyszenie w nich (jeśli zachodzi potrzeba), realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami (w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/pobytu) | Dla osoby samotnej | [ ] | [ ] | [ ] |
| lub  lub | \*przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych  \*pomoc przy przygotowaniu posiłków  \*dostarczanie gotowych posiłków |  | [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] |
|  | Pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie (jeśli wymaga tego stan zdrowia), z zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych |  |  | [ ] | [ ] |
|  | Załatwianie w razie potrzeby spraw urzędowych (lub towarzyszenie przy ich załatwianiu), uiszczanie opłat (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami | Dla osoby samotnej | [ ] | [ ] | [ ] |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres usług** | | **Uwagi** | **Osoba poruszająca się samodzielnie** | **Osoba poruszająca się z pomocą innych osób** | **Osoba niezdolna do poruszania się** |
|  | Podtrzymywanie indywidualnych zainteresowań, pomoc w organizowaniu czasu wolnego oraz kontaktach z najbliższym otoczeniem i środowiskiem lokalnym (w tym towarzyszenie podczas spacerów w drodze do i z placówek usługowych, kulturalnych i sportowo-rekreacyjnych, dostarczanie prasy i książek stosownie do potrzeb i możliwości osoby |  | [ ] | [ ] | [ ] |
|  | Pomoc w dotarciu i w powrocie do/z ośrodków wsparcia |  | [ ] | [ ] | [ ] |
| **Usługi o charakterze gospodarczym** | | | | | |
|  | \*przynoszenie opału  \*palenie w piecu | Dla osób samotnych | [ ]  [ ] | [ ]  [ ] | [ ]  [ ] |
| lub | \*utrzymanie w czystości pomieszczeń osoby objętej usługami (z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych1), wynoszenie śmieci, odkurzanie, zmywanie podłogi mopem, wycieranie kurzu, mycie okien  \*utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby objętej usługami | Dla osób samotnych  Dla osoby w rodzinie | [ ]  [ ] | [ ]  [ ] | [ ]  [ ] |
|  | Utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych (wanny/brodzika, muszli sedesowej, zlewu i baterii), sprzętu sanitarnego (np. miednicy, kaczki/basenu, nocnika) oraz sprzętu pomocniczego ułatwiającego przemieszczanie się (np. wózka inwalidzkiego, podnośnika) | Dla osób samotnych | [ ] | [ ] | [ ] |
|  | Pranie odzieży i bielizny pościelowej w pralce, niezbędne prasowanie lub zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni | Dla osób samotnych | [ ] | [ ] | [ ] |
|  | Dokonywanie zakupów artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym lub towarzyszenie przy ich dokonywaniu (zakupy dokonywane są za środki pieniężne osoby objętej usługami, w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/ pobytu) |  | [ ] | [ ] | [ ] |

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

(Data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego) (Podpis osoby wymagającej pomocy) (Podpis realizatora usług)

1. Ciężkie prace porządkowe obejmują: odśnieżanie, mycie klatki schodowej, gruntowne sprzątanie mieszkania,

(w tym po remontach), trzepanie i pranie dywanów oraz chodników, mycie drzwi i framug, mycie lamp i żyrandoli, zmianę firan i zasłon, sprzątanie przynależnych pomieszczeń użytkowych, ogródków.

Strona 1 **Wzór Nr 16**

**INDYWIDUALNY ZAKRES SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH w tym dla osób /w tym dzieci/ z zaburzeniami psychicznymi (zadania zlecone)**

Imię i nazwisko osoby wymagającej pomocy:……………………………………………………………………………...…

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………..…....

Sytuacja rodzinna: [ ] samotnie zamieszkująca

[ ] posiadająca rodzinę zamieszkującą oddzielnie w Trójmieście i okolicach

[ ] zamieszkująca z rodziną/ inną osobą

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres specjalistycznych usług** | | **Uwagi** | **Osoba dorosła** | **Dziecko** |
| **Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia w zakresie:** | | | | |
|  | \*samoobsługa , zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętności utrzymania i prowadzenia domu  \*dbałości o higienę i wygląd,  \*utrzymywania kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,  \*wspólnego organizowania i spędzania wolnego czasu  \*korzystania z usług różnych instytucji |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |
| **Interwencje i pomoc w życiu w rodzinie w zakresie:** | | | | |
|  | \*kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,  \*pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,  \*ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,  \*doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,  \*współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej, |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |
| **Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych w zakresie:** | | | | |
|  | \*uzyskiwania świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,  \*wypełniania dokumentów urzędowych, | Dla osób dorosłych | [ ]  [ ] |  |
| **Pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi w zakresie:** | | | | |
|  | \*nauki planowania budżetu,  \*asystowania przy ponoszeniu wydatków,  \*pomocy w uzyskaniu ulg w opłatach,  \*zwiększania umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielniania finansowego, | Dla osób dorosłych | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |  |
| **Pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia w zakresie:** | | | | |
|  | \*pomocy w dostępie doświadczeń zdrowotnych,  \*uzgadniania i pilnowania terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,  \*pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,  \*pilnowania przyjmowania leków oraz obserwowania ewentualnych skutków ubocznych ich działania,  \*zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych itp.,  \*pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,  \*pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych, |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres specjalistycznych usług** | | | **Uwagi** | **Osoba dorosła** | | **Dziecko** |
| **Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia w zakresie:** | | | | | | |
|  | \*w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy,  \*w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,  \*w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,  \*w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku, | | Dla osób dorosłych | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | |  |
| **Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu:** | | | | | | |
|  | | \*zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,  \*współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji, |  | [ ]  [ ] | | [ ]  [ ] |
| **Pomoc mieszkaniowa w zakresie:** | | | | | | |
| \*uzyskania mieszkania,  \*organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw,  \*likwidacji barier architektonicznych,  \*kształtowania właściwych relacji z sąsiadami i gospodarzem domu, | | | Dla osób dorosłych | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |  | |
| **Pomoc dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi w zakresie:** | | | | | | |
| Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno- wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć o których mowa w art.7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego ( Dz.U. Nr 111, z poz.535, z póżn. zm. | | | Dla dzieci |  | [ ] | |

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

(Data, pieczęć i podpis (Podpis osoby wymagającej pomocy (Podpis realizatora usług)

Pracownika socjalnego) bądź jej opiekuna)