



Załącznik nr 2. Regulamin projektu „Pomocna dłoń od API”

**ANKIETA POTRZEB W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA USŁUG ASYSTENCKICH, OPIEKUŃCZYCH
ORAZ OPIEKUŃCZYCH SĄSIEDZKICH**

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o wsparcie	
Adres	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego lub osoby upoważnionej (jeśli dotyczy)	

Proszę o wskazanie w jakich obszarach możemy pomóc. Na podstawie ankiety nastąpi przypisanie do właściwej formy wsparcia oraz osoba je zapewniająca.

Proszę postawić znaczek X lub ✓ w lewej kolumnie przy wybranych pozycjach lub oznaczyć wyróżnieniem czcionki np. kolorem

Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem	
☐	organizowanie i podtrzymywanie kontaktów sąsiedzkich i rodzinnych
☐	obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń służących komunikacji
☐	wyjście na spacer
☐	czytanie
☐	wsparcie w odrabianiu lekcji oraz spędzaniu wolnego czasu (dotyczy dzieci)
☐	asystowanie podczas udziału w życiu społecznym (w kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.)
☐	wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych czy w punktach usługowych
☐	wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalną komunikacją
☐	w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji



Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie	
☐	wsparcie w robieniu zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w wyjściu do pobliskiego sklepu, przygotowanie listy zakupów)
☐	pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
☐	podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
☐	pomoc w utrzymywaniu czystości w mieszkaniu, wynoszenie śmieci
☐	przygotowanie posiłków z uwzględnieniem diety oraz mycie naczyń
☐	przygotowanie produktów lub posiłków na część dnia, w której podopieczny zostanie sam (podwieczorek, kolacja)
☐	pomoc przy przygotowaniu spożywaniu posiłków, o ile wymaga tego podopieczny
Wsparcie poza miejscem zamieszkania	
☐	pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
☐	pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych
☐	pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
☐	asystowanie podczas podróży środkami transportu
☐	pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
☐	pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
☐	transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)
Wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej	
☐	opieka higieniczno-sanitarna
☐	pomoc przy kąpieli osobom w tym czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci
☐	pomoc w toalecie/myciu osoby sprawnej ruchowo w łazience



☐	mycie osoby obłożnie chorej (leżącej) na łóżku chorego
☐	zmiana bielizny osobistej i pościelowej według potrzeb podopiecznego
☐	pranie bielizny osobistej i pościelowej pod warunkiem posiadania przez podopiecznego pralki automatycznej, względnie noszenie bielizny do pralni;
☐	układanie chorego na łóżku
☐	pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana pampersów
Wsparcie w pielęgnacji zleconej przez lekarza	
☐	pomoc w dotarciu na wizyty lekarskie lub zamówienie wizyty lekarskiej i pielęgniarstwa domowego, utrzymywanie stałego kontaktu z lekarzem rodzinnym
☐	realizacja recept lekarskich na koszt podopiecznego
☐	zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń
Pozostałe potrzeby nie wskazane powyżej. Proszę opisać.	
Proszę określić zakres czasowy usług. Jak często i w jakim wymiarze czasowym wymagane jest wsparcie? (np. codziennie rano przez 1 godzinę, poza weekendami albo dwa razy w tygodniu po 4 godziny popołudniami)	
Pytania dodatkowe	
☐	Informuję, iż przyjmuję do wiadomości, iż usług świadczonych w ramach projektu „Pomocna dłoń od API” są płatne w wysokości 5,00 zł za godzinę zgodnie z §6 Regulaminu projektu „Odpłatność za usługi”. Od odpłatności przysługują ulgi i zwolnienia zgodnie z postanowieniami regulaminu.
☐	Czy osoby ubiegająca się o wsparcie prowadzi samodzielnie gospodarstwo domowe



☐	Korzystam ze wsparcia w ramach programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027
☐	Samodzielnie prowadzę gospodarstwo domowe (mieszkam samotnie)
☐	Odbiorcą usług ma dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną
☐	Odbiorcą usług ma być rodzic samotnie wychowujący dziecko lub jego dziecko
Czy w otoczeniu osoby ubiegającej się o wsparcie znajduje się osoba, która mogłaby świadczyć usługi asystenckie / opiekuńcze? TAK ☐ NIE ☐	

Uwaga! Usługi świadczone w ramach projektu nie obejmują:

wyręczania w czynnościach, dla których nie ma przeciwwskazań do ich wykonania

zabiegów wymagających kwalifikacji medycznych

czynności związanych z rehabilitacją medyczną chorego

prac remontowych w domu podopiecznego np. malowanie

ciężkich prac związanych z generalnymi porządkami w tym. np. przesuwanie mebli, noszenie ciężkich przedmiotów

przygotowywanie posiłków dla innych niż podopieczny osób

robienie zakupów dla innych niż podopieczny osób

panie bielizny i ubrań należących do innych niż podopieczny osób

prac porządkowych na terenie posesji podopiecznego (np. koszenie trawy, grabienie liści)

.....
data

.....
podpis osoby przystępującej / opiekuna prawnego