

**KARTA KWALIFIKACYJNA DO PROJEKTU**

pn. „Program teleopieki domowej - program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” FEDP.08.04-IZ.00-0001/23-00

I. DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO			
DATA URODZENIA		WIEK	
ADRES ZAMIESZKANIA			

Czy potencjalny uczestnik zamieszkuje na terenie województwa podlaskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i>
Czy potencjalny uczestnik przebywa w opiece całodobowej	<input type="checkbox"/> TAK <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i> <input type="checkbox"/> NIE
Czy potencjalny uczestnik potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i spełniających, co najmniej jedno z kryteriów tj. a) w wieku powyżej 60 lat dla kobiet i w wieku powyżej 65 lat dla mężczyzn; b) osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w wieku od 18 lat; c) osoby z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat; d) osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i>

W PRZYPADKU BRAKU SPEŁNIENIA POWYŻSZYCH KRYTERIÓW NIE WYPEŁNIA SIĘ KOLEJNYCH TABEL

II. WYKLUCZENIA

Czy potencjalny uczestnik korzysta z usług przewidzianych w projekcie a finansowanych ze środków budżetu gminy	<input type="checkbox"/> TAK – jakich w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa W TYCH SAMYCH usługach ale może korzystać z innych <input type="checkbox"/> NIE <i>Zweryfikowane przez pracownika Realizatora</i>
Czy potencjalny uczestnik jest osobą na której rzecz zostało przyznane świadczenie w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji np. świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy	<input type="checkbox"/> TAK w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa w usługach: - sąsiedzkich - opiekuńczych - asystenckich Może korzystać z opiekuńczych specjalistycznych <input type="checkbox"/> NIE



Zweryfikowane przez pracownika Realizatora

III. DIAGNOZA STANU OBECNEGO

<p>POTRZEBA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU np.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> korzystanie z telefonu, <input type="checkbox"/> dotarcie do miejsc poza odległością spaceru, <input type="checkbox"/> wychodzenie na zakupy, <input type="checkbox"/> samodzielne przygotowanie posiłków, <input type="checkbox"/> samodzielne wykonywanie prac domowych np. sprzątanía, <input type="checkbox"/> samodzielne majsterkowanie lub np. pranie rzeczy, <input type="checkbox"/> samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków, <input type="checkbox"/> samodzielne gospodarowanie pieniędzmi <input type="checkbox"/> inne, jakie 	<p><i>Max 8 pkt (jeżeli wskazano 8 potrzeb)</i></p>
<p>SYTUACJA RODZINNA zamieszkuje samotnie/ z współmałżonkiem/ z rodziną / mieszka w sąsiedztwie rodziny tj. ta sama miejscowość</p>	<p><i>Max 1 pkt (jeżeli zamieszkuje samotnie)</i></p>
<p>ZAGROŻENIE SYTUACJĄ PROBLEMOWĄ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zagrożony ubóstwem <input type="checkbox"/> zagrożony bezdomnością 	
<p>ZASOBY dostęp do sieci komórkowej / telefon komórkowy</p>	
<p>POTRZEBY zgłaszane przez potencjalnego uczestnika</p>	
<p>WIĘZI SPOŁECZNE</p>	
<p>Osoba uciekająca do Polski z terenu Ukrainy w związku z atakiem Federacji Rosyjskiej na Ukrainę</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>Max 1 pkt jeżeli TAK</i></p>



IV. OCENA POTRZEB

SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji (w tym. np. zalecenia lekarskie, zalecenia rehabilitacyjne czy psychologiczne)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
SPRAWNOŚĆ PSYCHICZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej – weryfikującej kwalifikowalność
	Podpis uczestnika



PODSUMOWANIE

	USŁUGI SĄSIEDZKIE	USŁUGI OPIEKUŃCZE	USŁUGI OPIEKUŃCZE SPECJALISTYCZNE	USŁUGI ASYSTENCKIE
KOBIETA w wieku powyżej 60 r.ż	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji (w tym. np. zalecenia lekarskie, zalecenia rehabilitacyjne czy psychologiczne)	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności
MĘŻCZYZNA w wieku powyżej 65 r.ż	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności
Osoba w wieku od 18 lat o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK	TAK	TAK	TAK
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat	TAK	TAK	TAK	TAK
Osoba z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat	TAK	TAK	TAK	NIE

Liczba punktów na max 10 punktów

Uczestnik kwalifikuje się do usług w wymiarze *minimum/średnio*

.....godz./miesiąc na okres od do

Usługi teleopiekunckie – TAK/NIE

Usługi sąsiedzkie – uczestnik akceptuje opiekuna Panią/a adres

..... kontakt

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej
	Podpis uczestnika



ZAŁĄCZNIKI

Orzeczenie o niepełnosprawności z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne		<input type="checkbox"/> TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem, z uczestnictwa są wykluczone osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności	
		<input type="checkbox"/> NIE	
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji		<input type="checkbox"/> TAK załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem	
		<input type="checkbox"/> NIE	
Choroby*		Przyjmowane leki*	
Opieka specjalistów*			
Alergie, uczulenia*			
Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*			
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej		<input type="checkbox"/> TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem	
		<input type="checkbox"/> NIE	
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii		<input type="checkbox"/> TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem	
		<input type="checkbox"/> NIE	
Specyficzne zachowania i potrzeby			
Otwartość na realizację usług, ulubiona forma spędzania wolnego czasu, przyzwyczajenia			
KONTAKT DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO Imię i nazwisko, adres, nr telefonu			

UWAGA, na okres ważności dokumentów, kopię ORZECZENIA LUB ZAŚWIADCZENIA za zgodności z przedstawionym dokumentem, załączyć do dokumentacji

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej
	Podpis uczestnika

*nieobowiązkowe