

*Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”- finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

***Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji***

***Uczestnika oraz Mieszkańca***

***do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ulanowie***

 **Wniosek o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ulanowie**

Nisko, dnia………………………….

**Dane osoby składającej wniosek/**

**Przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\***

………………….…………….

 (imię i nazwisko)

..................................................

 (adres zamieszkania)

 …………………………….....

 (numer telefonu)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku**

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE**

**do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ulanowie**

Proszę o przyjęcie mnie do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego w Ulanowie i objęcie mnie wsparciem w ramach pobytu dziennego / całodobowego\*

Oświadczam, iż posiadam orzeczenie o\*

1. znacznym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
2. umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
3. orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności1 w rozumieniu ww. ustawy.

\* właściwe podkreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1Zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

 ……………………………………………

(podpis uczestnika/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\*

**W załączeniu przedkładam:**

* 1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
	2. Dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – obowiązkowe, w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego.
	3. Karta oceny kierowanego do objęcia opieką w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Ulanowie.
	4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do zamieszkania w Centrum oraz zakresie wymaganych usług opiekuńczych.



*Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”- finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

***Załącznik nr 1 do wniosku o przyjęcie***

***do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego***

***w Ulanowie***

**KARTA OCENY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA**  **OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO W ULANOWIE**

1. OCENA KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM W ULANOWIE WG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL

IMIĘ I NAZWISKO……………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA……………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | CZYNNOŚCI\* | Wynik\*\* |
| 1. | **Spożywanie posiłków:****0** - nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać**5** - potrzebuje pomoc w krojeniu, karmieniu doustnym, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety**10** - osoba samodzielna, niezależna |  |
| 2. | **Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:****0** - nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu lub siedzeniu**5** - większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby**10** - mniejsza pomoc ( słowna lub fizyczna)**15** - osoba samodzielna |  |
| 3. | **Utrzymywanie higieny osobistej:****0** - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności higienicznych **5** - potrzebuje pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych **10** - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |  |
| 4. | **Korzystanie z toalety /WC/****0** - zależny**5** - potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety **10** - niezależny, samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu, zakładaniu części garderoby  |  |
| 5. | **Mycie, kąpiel całego ciała:****0** - zależny**5 -** wymaga częściowej pomocy **10** - niezależny /samodzielny  |  |
| 6. | **Poruszanie się po powierzchniach płaskich:****0** - w ogóle nie porusza się **5** - porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby **10** - samodzielny/niezależny, w poruszaniu się na odległość  |  |
| 7. | **Wchodzenie i schodzenie po schodach:****0** - nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby **5** - potrzebuje pomocy fizycznej, asekuracji, przenoszenia**10** - samodzielny |  |
| 8. | **Ubieranie się i rozbieranie:****0** - zależny, potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby **5** - potrzebuje częściowej pomocy innej osoby**10** - niezależny, samodzielny (także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.) |  |
| 9. | **Kontrolowanie stolce /zwieracza odbytu:****0** - nie panuje nad oddawaniem stolca **5** - sporadycznie bezwiednie popuszcza (zdarzenia przypadkowe)**10** - panuje i kontroluje oddawanie stolca |  |
| 10. | **Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:****0** - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie jest niesamodzielny**5** - czasami bezwiednie oddaje mocz (zdarzenia przypadkowe)**10** - kontroluje oddawanie moczu  |  |
| **Łączna liczba punktów (wynik oceny) \*\*\*** |  |

Skala:

I. 86 - 100 pkt. – stan pacjenta „lekki’’

II. 21 - 85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki’’

III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki’’

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych, tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………

(data, pieczęć, podpis lekarza)

\* w punktach od 1-10 należy wybrać jedna z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* / wpisać wartość punktową przypisana wybranej możliwości

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów.



*Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”- finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

***Załącznik nr 2 do wniosku o przyjęcie***

***do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego***

***w Ulanowie***

......................................... ..................................... dnia ...........................

(pieczęć nagłówkowa/) (miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia**

**w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Ulanowie oraz zakresie wymaganych usług**

**opiekuńczych**

* 1. Imię i Nazwisko …...................................................................................................................
	2. Adres ......................................................................................................................................
	3. Wiek ........................................................................................................................................
	4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w grupowych i indywidualnych terapeutycznych zajęciach wspierająco - aktywizujących w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Ulanowie.

Jeżeli TAK wymienić jakie.

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

**TAK\* NIE\***

* 1. Czy w/w jest osobą, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga częściowej/całkowitej\* opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

**TAK\* NIE\***

* 1. Konieczność stosowania diety

Jeżeli TAK wymienić jakiej.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**TAK\* NIE\***

* 1. Osoba wymaga przyznania usług w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Ulanowie w formie\*:
	2. **Pobytu dziennego:**
* z usługami opiekuńczymi,
* z usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi,
* z usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją,
* z usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją
	1. **Pobytu całodobowego:**
* z usługami opiekuńczymi,
* usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi,
* z usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją,
* z usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją.
	1. Informacja o sprawności osoby w zakresie lokomocji

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

Faktyczny stan zdrowia i aktualnie przyjmowane leki:

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

 ......................................................

 (podpis i pieczęć lekarza)

\* zaznaczyć właściwe