**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 |  TAK   NIE *oznacza*  *wykluczenie z uczestnictwa* |
| Czy potencjalny uczestnik przebywa w opiece całodobowej |  TAK *oznacza*  *wykluczenie z uczestnictwa*   NIE |
| Czy potencjalny uczestnik potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i spełniających, co najmniej jedno z kryteriów tj.   1. w wieku powyżej 60 lat dla kobiet i w wieku powyżej 65 lat dla mężczyzn; 2. osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w wieku od 18 lat; 3. osoby z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18   lat;   1. osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat. |  TAK   NIE *oznacza*  *wykluczenie z uczestnictwa* |

**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 |  TAK – jakich …………………………………….…..  w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY  z uczestnictwa W TYCH SAMYCH usługach ale może korzystać z innych   NIE  *Zweryfikowane przez pracownika Realizatora* |
| 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 |  TAK  w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY  z uczestnictwa w usługach:   * sąsiedzkich * opiekuńczych * asystenckich   Może korzystać z opiekuńczych specjalistycznych   NIE |
|  | *Zweryfikowane przez pracownika Realizatora* |

**III. DIAGNOZA STANU OBECNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| POTRZ  | EBA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU np. korzystanie z telefonu, |  |
|  | dotarcie do miejsc poza odległością spaceru, |  |
|  | wychodzenie na zakupy, |  |
|  | samodzielne przygotowanie posiłków, |  |
|  | samodzielne wykonywanie prac domowych np.  sprzątania, |  |
|  | samodzielne majsterkowanie lub np. pranie rzeczy, |  |
|  | samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków, |  |
|   | samodzielne gospodarowanie pieniędzmi inne, jakie ……………………………………………………………. | *Max 8 pkt (jeżeli wskazano 8 potrzeb)* |
| SYTUACJA RODZINNA  zamieszkuje samotnie/ z współmałżonkiem/ z rodziną / mieszka w sąsiedztwie rodziny tj. ta sama miejscowość | | *Max 1 pkt (jeżeli zamieszkuje samotnie)* |
| ZAGROŻENIE SYTUACJĄ PROBLEMOWĄ   zagrożony ubóstwem   zagrożony bezdomnością | |  |
| ZASOBY  dostęp do sieci komórkowej / telefon komórkowy | |  |
| POTRZEBY zgłaszane przez potencjalnego uczestnika | |  |
| WIĘZI SPOŁECZNE | |  |
| Osoba uciekająca do Polski z terenu Ukrainy w związku z atakiem Federacji Rosyjskiej na Ukrainę | |  TAK   NIE  *Max 1 pkt jeżeli TAK* |

**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 |  TAK   NIE | |
|  |  |  |
| Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji  (w tym. np. zalecenia lekarskie, zalecenia rehabilitacyjne czy psychologiczne) |   | TAK NIE |
| **SPRAWNOŚĆ PSYCHICZNA** |  |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej |  | TAK |
|  |  | NIE |
| Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii |   | TAK 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 teleopiekuńcze – 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 | |  TAK  Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem, z uczestnictwa są wykluczone osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności   NIE | |
| Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji | |  TAK załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem  NIE | |
| Choroby\* |  | Przyjmowane leki\* |  |
| Opieka specjalistów\* | |  | |
| Alergie, uczulenia\* | |  | |
| Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego\* | |  | |
| Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej | |  TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem  NIE | |
| Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii | |  TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem  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