**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