



załącznik nr 2 do Regulaminu

**Kwestionariusz oceny funkcjonowania  
do projektu pt.: „Rydułtowska Sieć Pomocy - rozwój usług społecznych  
w mieście Rydułtowy”**

**DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU- USŁUGA OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

<b>DANE WNIOSKODAWCY, czyli OPIEKUNA OSOBY ZALEŻNIEJ</b>											
<b>IMIĘ</b>											
<b>NAZWISKO</b>											
<b>PESEL</b>											

<b>DANE OSOBY ZALEŻNEJ, czyli OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>											
<b>IMIĘ</b>											
<b>NAZWISKO</b>											
<b>PESEL</b>											
<b>INFORMACJE O STANIE ZDROWIA</b>											
Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli <b>Tak</b> , proszę podać jego imię i nazwisko											
<b>Grupa/stopień niepełnosprawności</b>											
<b>Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:</b>											
dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
dysfunkcja narządu wzroku										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
zaburzenia psychiczne										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
dysfunkcje o podłożu neurologicznym										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
dysfunkcja narządu mowy i słuchu										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>W JAKICH CZYNNOŚCIACH W SZCZEGÓLNOŚCI WYMAGANE JEST WSPARCIE:</b>		
czynności samoobsługowe, w tym utrzymanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
podjęcie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**INFORMACJE NA TEMAT OGRANICZEŃ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W ZAKRESIE KOMUNIKOWANIA SIĘ LUB PORUSZANIA SIĘ (WYPEŁNIA OPIEKUN PRAWNY/CZŁONEK RODZINY/OPIEKUN OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRY UBIEGA SIĘ O PRZYZNANIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ):**

--

**OCZEKIWANIA WOBEC OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI**

Czy wskazuje Pan (i) osobę świadczącą usługi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli <b>Tak</b> , proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:		
Jeżeli nie wskazuje Pan/Pani asystenta to proszę o dookreślenie preferowanych cech osoby świadczącej usługi:		
Płeć:		
Wiek:		
Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności		
W jakich godzinach/porach dnia/ w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?		



Ja niżej podpisany/a, pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

.....  
**Data**

.....  
**Czytelny podpis uczestnika projektu**

<b>Oświadczenie o dochodzie</b>		
Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą i mój dochód przekracza kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynikającej z kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (dla osoby samotnie gospodarującej kryterium dochodowe wynosi 1010 zł).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą gospodarstwo domowe z rodziną, z którą wspólnie gospodaruję i mój dochód przekracza kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie wynikającej z kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (dla osoby w rodzinie kryterium dochodowe wynosi 823 zł na jedną osobę z rodziny).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....  
**Data**

.....  
**Czytelny podpis uczestnika projektu**