**KARTA WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO**

1. **Dane Kandydata / Kandydatki:**
2. Imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. PESEL / brak PESEL - inny identyfikator: ………………………………………………………………………………………
5. **Oczekiwania Kandydata / Kandydatki w związku z uczestnictwem w projekcie:**

-

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

-

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

-

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

-

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

1. **Punktacja za kryteria premiujące:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PUNKTY | TAK/NIE |
| Osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia | 5 |  |
| Osoba niekorzystająca z innych usług asystenckich i opiekuńczych | 5 |  |
| Osoba, która będzie korzystać z usług asystenckich i opiekuńczych po raz pierwszy | 5 |  |
| Osoba zamieszkująca na terenach wiejskich | 5 |  |
| Osoba z przynależnością do grup priorytetowych zdefiniowanych w Regulaminie:  - osoba z znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;  - osoba z niepełnosprawnością sprzężoną  - osoba z chorobami psychicznymi  - osoba z niepełnosprawnością intelektualną  - osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  - osoba korzystająca z FE PŻ  - zamieszkująca samotnie | 5 |  |
| Osoba mieszkająca w gospodarstwie domowym, w którym znajduje się więcej niż jedna  osoba z niepełnosprawnością | 2 |  |
| **Łączna liczba uzyskanych punktów** |  | |

1. **Diagnoza - indywidualna ocena sytuacji życiowej:**

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

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

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

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

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

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

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

1. **Proponowany rodzaj wsparcia:**
   * Usługi asystenckie
   * Usługi opiekuńcze / specjalistyczne usługi opiekuńcze
   * Usługi opieki wytchnieniowej

**Usługi asystenckie** – usługi świadczone przez asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami, polegające na wsparciu w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego, edukacyjnego. W zależności od potrzeb osoby z niepełnosprawnością usługa może obejmować opiekę higieniczną oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych.

**Usługi opiekuńcze** – są świadczone dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zakres usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania obejmuje w szczególności: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną; pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej; zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

**Usługi opieki wytchnieniowej** - opieka nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego obejmująca swoim zakresem czynności pokrewne do usług opiekuńczych i asystenckich, uzależnione od potrzeb opiekuna faktycznego i sytuacji osoby z niepełnosprawnością.

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce i data wypełnienia formularza (wypełnia diagnosta).** | |
| Miejsce: |  |
| Data i podpis diagnosty: |  |