



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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i>		
Czy potencjalny uczestnik przebywa w opiece całodobowej	<input type="checkbox"/> TAK <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i> <input type="checkbox"/> NIE		
Czy potencjalny uczestnik spełnia kryterium wieku tj. a) w wieku powyżej 60 lat dla kobiet i w wieku powyżej 65 lat dla mężczyzn; b) osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w wieku od 18 lat; c) osoby z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat; d) osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i>		

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	<input type="checkbox"/> TAK – jakich w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa W TYCH SAMYCH usługach ale może korzystać z innych <input type="checkbox"/> NIE <i>Zweryfikowane przez pracownika Realizatora</i>
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	<input type="checkbox"/> TAK w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa w usługach: - sąsiedzkich - opiekuńczych - asystenckich Może korzystać z opiekuńczych specjalistycznych <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <i>Zweryfikowane przez pracownika Realizatora</i>

III. DIAGNOZA STANU OBECNEGO

POTRZEBA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU np. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> korzystanie z telefonu, <input type="checkbox"/> dotarcie do miejsc poza odległością spaceru, <input type="checkbox"/> wychodzenie na zakupy, <input type="checkbox"/> samodzielne przygotowanie posiłków, <input type="checkbox"/> samodzielne wykonywanie prac domowych np. sprzątania, <input type="checkbox"/> samodzielne majsterkowanie lub np. pranie rzeczy, <input type="checkbox"/> samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków, <input type="checkbox"/> samodzielne gospodarowanie pieniędzmi <input type="checkbox"/> inne, jakie 	<i>Max 8 pkt (jeżeli wskazano 8 potrzeb)</i>
SYTUACJA RODZINNA zamieszkuje samotnie/ z współmałżonkiem/ z rodziną / mieszka w sąsiedztwie rodziny tj. ta sama miejscowość	<i>Max 1 pkt (jeżeli zamieszkuje samotnie)</i>
ZAGROŻENIE SYTUACJĄ PROBLEMOWĄ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zagrożony ubóstwem <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>Max 1 pkt jeżeli TAK</i>

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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
SPRAWNOŚĆ PSYCHICZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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	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		<input type="checkbox"/> TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem, z uczestnictwa są wykluczone osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> NIE	
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji		<input type="checkbox"/> TAK załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem <input type="checkbox"/> NIE	
Choroby*		Przyjmowane leki*	
Opieka specjalistów*			
Alergie, uczulenia*			
Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*			
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej		<input type="checkbox"/> TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem <input type="checkbox"/> NIE	
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii		<input type="checkbox"/> TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem <input type="checkbox"/> 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