

## CUŚ dla powiatu bełchatowskiego

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO  
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020

**Załącznik nr 5**  
do Regulaminu rekrutacji  
uczestnictwa w projekcie  
CUŚ dla powiatu bełchatowskiego

### Kwestionariusz

do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej opieki i pomocy na potrzeby Projektu „CUŚ dla powiatu bełchatowskiego”

\*wypełnia kandydat do uczestnictwa w Projekcie

*Dane osobowe	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
PESEL	

\*Poniżej w tabeli wstaw odpowiedni stopień samodzielności:

**s** – wykonywanie czynności w pełni samodzielnie

**p** – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

**u** – pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności*
Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych	
Czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych	
Przygotowywanie lub dostarczanie posiłków	
Pomoc w spożywaniu posiłków, karmienie	
Czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu	
Przynoszenie opału, palenie w piecu	
Pomoc w utrzymywaniu czystości odzieży, bielizny osobistej	
Pomoc w utrzymywaniu porządku i czystości pościelowej, stołowej, niezbędne prasowanie	

Dokonywanie niezbędnych zakupów	
Regulowanie opłat domowych	
Czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych	
Czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego	
Pomoc w przemieszczaniu się	
inne, nie wymienione wyżej, wskazać jakie:	
Opieka higieniczna – czynności związane z utrzymywaniem higieny osobistej	
Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych	
Zmiana pieluch-majtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych	
Pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej	
Słanie łóżka	
Układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji	
inne, nie wymienione wyżej, wskazać jakie:	
Zapewnienie kontaktów z otoczeniem	
Czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług	
Pomoc w rozwinięciu i wzmacnianiu aktywności oraz samodzielności życiowej	
inne, nie wymienione wyżej, wskazać jakie:	

.....  
Podpis uczestnika projektu\*\*

\*\*w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika projektu, oświadczenie podpisuje opiekun faktyczny