



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 5 do „Regulaminu rekrutacji i udział w projekcie „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernozia”

.....
miejscowość, data

I. INDYWIDUALNA ŚCIEŻKA WSPARCIA

dla Uczestnika/czki Projektu w ramach projektu „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernozia” mająca na celu weryfikację indywidualnych potrzeb oraz zasadność przyznawania usług

Imię i nazwisko Uczestniczki/ Uczestnika	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Data sporządzenia IŚW	

CZĘŚĆ I

ANALIZA SYTUACJI UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU



Miasto i Gmina Kiernozia/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





OCENA SAMODZIELNOŚCI (zaznaczyć właściwe)

Poruszanie się:

- ☐ Osoba leżąca/zależna
- ☐ Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się przesiada)
- ☐ Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się przesiada)
- ☐ Osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu pomocniczego/innych osób
- ☐ Osoba poruszająca się samodzielnie

Poruszanie się po powierzchniach płaskich:

- ☐ Samodzielnie się nie porusza
- ☐ Samodzielnie przejdzie niewielki odcinek
- ☐ Przy większych odległościach potrzebuje nadzoru
- ☐ Samodzielnie się porusza

Poruszanie się po schodach:

- ☐ Samodzielnie nie porusza się po schodach
- ☐ Z trudnością pokonuje niewiele schodów
- ☐ Samodzielnie pokonuje schody

Spożywanie posiłków:

- ☐ Wymaga karmienia
- ☐ Samodzielnie spożywa przygotowany i podany posiłek
- ☐ Samodzielnie przygotowuje i spożywa śniadania i kolacje, wymaga pomocy przy przygotowaniu obiadu
- ☐ Samodzielnie przygotowuje i spożywa wszystkie posiłki

Utrzymanie higieny osobistej:

- ☐ Wymaga całkowitej opieki drugiej osoby przy wykonywaniu czynności higienicznych
- ☐ Wymaga pomocy przy wykonywaniu toalety przy łóżku (np. podanie miski z wodą)
- ☐ Wymaga opieki przy kąpieli, samodzielna w zakresie umycie twarzy, zębów, uczesanie się
- ☐ Samodzielna w zakresie utrzymania higieny osobistej

Potrzeby fizjologiczne:





- ☐ Osoba nie kontroluje potrzeb fizjologicznych (użycie pielucho-majtek)
- ☐ Osoba nie zawsze zgłasza potrzeby fizjologiczne
- ☐ Osoba zgłasza potrzeby fizjologiczne, wymaga pomocy przy dotarciu do WC
- ☐ Osoba samodzielnie zaspokaja potrzeby fizjologiczne

Ubieranie/rozbieranie się:

- ☐ Osoba wymaga pomocy przy założeniu/zdjęciu ubrania
- ☐ Osoba wymaga częściowej pomocy przy założeniu niektórych części garderoby np. buty, rajstopy
- ☐ Osoba wymaga przygotowania garderoby, sama się ubiera
- ☐ Osoba ubiera się samodzielnie

Czy Uczestnik/czka Projektu jest osobą z niepełnosprawnościami? TAK / NIE
Jeśli TAK – to o jakim stopniu niepełnosprawności?

.....

.....

.....

.....

Zagrożenia ze strony osoby z niepełnosprawnościami dla siebie i otoczenia

TAK / NIE / NIE DOTYCZY

Jeśli TAK – to jakie?

.....

.....

.....

.....

(np. odkręca gaz, wodę, je różne rzeczy, nie leczy się, nie przyjmuje leków, okazuje agresję itp.)

Kiedy takie fakty miały miejsce, jaka jest częstotliwość ich występowania:

.....

.....

.....

.....





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Aktualna sytuacja zdrowotna (problemy zdrowotne):

Aktualna sytuacja rodzinna:

Aktualna sytuacja mieszkaniowa:

Aktualna sytuacja dochodowa:

Aktualna sytuacja zawodowa:



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



☐ Skala Barthel *(jeśli została załączona do Formularza zgłoszeniowego):
..... pkt

Na potrzebę projektu „Pomocna dłoń – dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernoza” przyjęto, że skala Barthel to skala od 0 do 100 pkt stosowana w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę:

- a. od 0 do 20 pkt – całkowita niesamodzielność,
- b. od 25 do 85 pkt – kandydat może funkcjonować samodzielnie w określonym stopniu,
- c. od 90 do 100 pkt – kandydat funkcjonuje samodzielnie ewentualnie z niewielką pomocą z zewnątrz.

Dodatkowe informacje (np. szczególne potrzeby, preferencje, inne istotne dane):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ II

Uwagi i wnioski pracownika socjalnego

.....

.....

.....

.....

.....



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Zalecany rodzaj wsparcia dla Uczestnika/czki Projektu na podstawie przeprowadzonej analizy sytuacji w ramach projektu *(zaznaczyć właściwe x)	*
Wsparcie podstawowe (zakres):	
1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania:	
Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, w tym m. in.: w zakupie artykułów spożywczych i przemysłowych oraz przygotowanie posiłków.	
Opieka higieniczna, w tym m. in. sprzątanie pomieszczeń, dbanie o sprzęt codziennego użytku, utrzymywanie w czystości urządzeń sanitarnych, higienie osobistej poprzez m. in.: mycie, czesanie, kąpiel, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych, utrzymanie w czystości bielizny osobistej i pościeli, pomoc przy ubieraniu.	
Pielęgnacja zalecana przez lekarza, w tym m. in. podawanie leków, zamawianie wizyt lekarskich, realizacja recept w aptece, kontakt z lekarzem w sprawach dotyczących zdrowia.	



Zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym m. in. podtrzymywanie kondycji psychofizycznej, np. zachęcanie i towarzyszenie w aktywności fizycznej i intelektualnej, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, pomoc w kontaktach ze społecznością lokalną.	
Inne – jakie?	
2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania:	
<i>Wsparcie opiekuńcze (zakres):</i>	
a. pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia, w tym: pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych; pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, w szczególności uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny.	
b. inne – jakie?	
<i>Usługi fizjoterapeutyczne (zakres):</i>	
a. rehabilitację fizyczną i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu.	
b. inne – jakie?	
Wsparcie towarzyszące (zakres):	
1. Teleopieka:	
2. Przygotowanie i dowożenie posiłków:	



3. Poradnictwo psychologiczne dla Opiekuna Faktycznego (jeżeli dotyczy)

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OKRES REALIZACJI WSPARCIA:

Od: Do:

OŚWIADCZENIA

Uczestnik/Uczestniczka projektu oświadcza, że zapoznał/a się z zakresem planowanego wsparcia oraz wyraża zgodę na jego realizację zgodnie z niniejszą Indywidualną Ścieżką Wsparcia.

.....

Data i podpis Uczestnika/Uczestniczki

.....

Data i podpis pracownika socjalnego

Zatwierdzam Indywidualną Ścieżkę Wsparcia

.....

Podpis Menadżera projektu



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



II. AKTUALIZACJA INDYWIDUALNEJ ŚCIEŻKI WSPARCIA

Data aktualizacji:

Uzasadnienie aktualizacji (zmiana stanu zdrowia, sytuacji życiowej, potrzeb):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAKTUALIZOWANY ZAKRES WSPARCIA	
*(zaznaczyć właściwe x)	*
Wsparcie podstawowe	
1. Usługi opiekuńcze	
Zakres zmiany:	
2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze	



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Zakres zmiany:	
Wsparcie towarzyszące	
1.Teleopieka	
2.Przygotowywanie i dowożenie posiłków	
3.Poradnictwo psychologiczne do Opiekuna Faktycznego	
Zakres zmiany:	

.....
data i podpis Uczestnika/Uczestniczki

.....
data i podpis pracownika socjalnego

Zatwierdzam aktualizację Indywidualnej Ścieżki Wsparcia

.....
Podpis Menadżera projektu



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



III. MONITORING

1. Po pierwszym półroczu realizacji Indywidualnej Ścieżki Wsparcia

☐ Usługi społeczne realizowane zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika/uczestniczki Miasta i Gminy Kiernoza

☐ Usługi społeczne realizowane nie zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika/uczestniczki Miasta i Gminy Kiernoza

Inne istotne informacje

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki

2. Po roku realizacji Indywidualnej Ścieżki Wsparcia

☐ Usługi społeczne realizowane zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika/uczestniczki Miasta i Gminy Kiernoza

☐ Usługi społeczne realizowane nie zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika/uczestniczki Miasta i Gminy Kiernoza

Inne istotne informacje

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki

3. do 4 tygodni od zakończenia realizacji Indywidualnej Ścieżki Wsparcia

☐ Usługi społeczne realizowane zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika/uczestniczki Miasta i Gminy Kiernozia

☐ Usługi społeczne realizowane nie zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika/uczestniczki Miasta i Gminy Kiernozia

Inne istotne informacje

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis Uczestnika/Uczestniczki



Miasto i Gmina Kiernozia/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi

