

„Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekunów rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

Załącznik nr 10 do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekunów rodzin”

ANKIETA DOTYCZĄCA STOPNIA NIESAMODZIELNOŚCI (SKALA LAWTONA)

PYTANIA	ODPOWIEDZI		
1. Czy potrafisz korzystać z telefonu?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
2. Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
3. Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
4. Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
5. Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
6. Czy możesz samodzielnie majsterkować lub wyprać swoje rzeczy?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
7. Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie
8. Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?	<input type="checkbox"/> Bez pomocy	<input type="checkbox"/> Z niewielką pomocą	<input type="checkbox"/> Zupełnie nie jestem w stanie

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby niesamodzielnej/
opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego¹

¹ Niewłaściwe skreślić.

Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Jednocześnie w przypadku złożenia podpisu przez opiekuna, jest on zobowiązany do przedłożenia wraz z niniejszym wnioskiem - Oświadczenia opiekuna faktycznego (wzór stanowi zał. nr 11 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie).

Realizatorzy:



Dom Pomocy Społecznej
„Dom Kombatanta”
im. gen. Mieczysława Boruty-Spiechowicza

Partnerzy:



Fundacja Pasja



Miejski Ośrodek
Pomocy Rodzinie
w Szczecinie



Fundacja Pomocy Chorym
na Zanik Mięśni