|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba uzyskanych punktów (wypełnia pracownik)** |  |
| **Zakwalifikowany do udziału w projekcie** | **TAK/NIE** |

**ANKIETA REKRUTACYJNA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PODSTAWOWE DO PRZYJĘCIA UCZESTNIKA/KANDYDATA** | | | | | | |
| Imię |  | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | |
| PESEL |  | | | | | |
| Adres: |  | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | □ Tak | | | □ Nie | | |
| Posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności | □ Brak | □ Na stałe | | | | □ Okresowe do dnia:  …………………… |
| Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu: | □ Znacznym  (I grupa) | □ Umiarkowanym   (II grupa) | | | | □ Lekkim (III grupa) |
| Zaświadczenie lekarskie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | □ Tak | | | | □ Nie | |
| Zaświadczenie z pomocy społecznej o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | □ Tak | | | | □ Nie | |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | | | **PUNKTY PRZYZNANE** |
| Niepełnosprawność sprzężona | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność z powodu chorób psychicznych | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność intelektualna | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność z całościowymi  zaburzeniami rozwojowymi w rozumieniu zgodnym z ICD10 | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Korzysta z programu FE PŻ | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Zamieszuje samotnie | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Łączna suma punktów |  | | | | | |

Odpowiedź “TAK” - 1 pkt                Odpowiedź “NIE” - 0 pkt

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DO KONTAKTU Z OPIEKUNEM** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Kim jest opiekun dla OzN |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer  telefonu do kontaktu |  |

**Określenie stopnia samodzielności:**

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL (SKALA KATZA) \*strona 16 regulaminu wyboru projektów - na dole strony pkt. 4**

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie

„TAK” oznacza 1 punkt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Opis** | **PACJENT SAMODZIELNY** | |
| **TAK** | **NIE** |
| Kąpanie się/ mycie się | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w  wannie/ prysznic |  |  |
| Ubieranie się | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem  wiązania sznurówek |  |  |
| Korzystanie z  toalety | Idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też  korzystać w nocy z basenu lub nocnika) |  |  |
| Poruszanie się | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez  pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| Kontrolowane wydalanie moczu i  stolca | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| Jedzenie | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem  ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |
| **Suma punktów:** | |  | |

Wyniki (opis):

* 5-6 punków – w pełni zachowane czynności
* 3-4 punkty – średniego stopnia upośledzenie
* 0-2 punkty – ciężkie upośledzenie czynnościowe

**Wywiad środowiskowy**

1. *Jaka jest Pana/-i sytuacja zdrowotna?*
2. *Jaka jest Pana/-i sytuacja mieszkaniowa?*
3. *Jaka jest Pana/-i sytuacja finansowa (w tym łączny dochód w rodzinie)?*
4. *Jaka jest Pana/-i sytuacja rodzinna?*
5. *Jaka jest Pana/-i sytuacja zawodowa?*
6. *Jaki jest powód ubiegania się o przyznanie pomocy?*
7. *Czy korzysta Pan/-i z pomocy instytucjonalnej?*
8. *Czy korzysta Pan/-i z pomocy innych osób poza rodziną?*

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Podsumowanie ankiety i rekomendacja Kandydata**

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

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

miejscowość i data                                           podpis pracownika

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

miejscowość i data             czytelny podpis uczestnika/kandydata procesu rekrutacyjnego

         …………………………………………………………………….

                                                   w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej ankietę podpisuje opiekun prawny