



## DIAGNOZA POTRZEB

Celem diagnozy jest określenie sytuacji i potrzeb opiekuna osoby z niepełnosprawnością, ubiegającego się o opiekę wytchnieniową oraz jej podopiecznego. W każdym z punktów należy wskazać właściwą odpowiedź lub odpowiedzi albo krótko opisać problemy lub potrzeby, zgodnie ze stanem rzeczywistym. Odpowiedzi zostaną zweryfikowane przez zespół kwalifikujący do udziału w projekcie „Aktywizacja społeczna mieszkańców powiatu wejherowskiego”.

## INFORMACJE O OPIEKUNIE

Imię i nazwisko opiekuna:	
PESEL:	

### 1. Korzystanie z dostępnych form wsparcia:

Czy korzysta Pan/i jako osoba sprawująca opiekę nad bliskim z dostępnych form wsparcia:

TAK       NIE

Jeśli tak, to z jakich (należy wskazać wszystkie, z których opiekun i podopieczny korzystają aktualnie lub korzystali w ciągu ostatnich 12 miesięcy):

- opieka wytchnieniowa  TAK, kiedy: \_\_\_\_\_  NIE
- asystent osoby z niepełnosprawnością  TAK, kiedy: \_\_\_\_\_  NIE
- wizyty pracownika socjalnego  TAK, kiedy: \_\_\_\_\_  NIE
- usługi opiekuńcze  TAK, kiedy: \_\_\_\_\_  NIE
- specjalistyczne usługi opiekuńcze  TAK, kiedy: \_\_\_\_\_  NIE
- wsparcie finansowe w postaci świadczenia  TAK, kiedy: \_\_\_\_\_  NIE
- inne, jakie: \_\_\_\_\_



## 2. Sytuacja rodzinna

Należy wskazać liczbę osób, które sprawują opiekę i liczbę podopiecznych:

- liczba osób z rodziny, które mogą być zaangażowane w opiekę: \_\_\_\_\_
- liczba osób z rodziny, które są zaangażowane w opiekę: \_\_\_\_\_
- liczba osób spoza rodziny (znajomi, sąsiedzi itp.), które pomagają w opiece: \_\_\_\_\_
- jestem jedynym opiekunem  TAK  NIE
- mam pod swoją opieką: \_\_\_\_\_ (należy wpisać liczbę) podopiecznych.

## 3. Stopień pokrewieństwa osoby lub osób, sprawujących opiekę nad podopiecznym.

Należy wskazać, kim dla podopiecznego jest osoba lub osoby, sprawujące opiekę:

- rodzice
- rodzeństwo
- dziadkowie
- inna osoba, pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym, kto?: \_\_\_\_\_

## 4. Inne obowiązki rodzinne.

Czy ma Pan/i obowiązki wobec innych, zdrowych członków rodziny (np. opieka nad dzieckiem/ dziećmi):

- TAK  NIE      Jeśli tak, to iloma: \_\_\_\_\_

## 5. Stopień obciążenia innymi obowiązkami.

Należy wskazać inne obowiązki, które oprócz sprawowania opieki musi Pan/i wykonać każdego dnia i które znacząco utrudniają należyte wykonywanie opieki:

- obowiązki zawodowe
- opieka nad zdrowym dzieckiem/ zdrowymi dziećmi
- obowiązki w prowadzonym gospodarstwie rolnym
- inne, jakie: \_\_\_\_\_
- nie mam obowiązków, trudnych do połączenia ze sprawowaniem opieki.



## 6. Aktywność zawodowa

Należy wskazać, czy jest Pan/i osobą aktywną zawodowo, jeśli tak, to w jakim wymiarze:

- własna działalność gospodarcza
- zatrudnienie u pracodawcy:  w pełnym wymiarze etatu/  na część etatu
- praca we własnym gospodarstwie rolnym
- uczeń/ student
- emeryt/rencista
- bezrobotny , od kiedy: \_\_\_\_\_

## 7. Łączenie opieki z pracą

Należy wskazać, w jakim stopniu Pani/ Panu udaje się łączyć opiekę nad podopiecznym z obowiązkami zawodowymi (jeśli to Pani/ Pana dotyczy):

- nie mam problemów, jestem aktywna/y zawodowa;
- ograniczam etat / pracuję jedynie dorywczo;
- korzystam z pomocy osoby, która mnie zastępuje, kiedy jestem w pracy;
- myślę o zmniejszeniu zaangażowania w pracę/ ograniczeniu godzin pracy;
- myślę o rezygnacji z pracy / ze względu na konieczność sprawowania opieki zrezygnowałam/ zrezygnowałem z pracy;
- nie pracuję od narodzin chorego dziecka/ początku niesamodzielności bliskiego, jak długo: \_\_\_\_\_



## 8. Zdrowie opiekuna

Należy określić stan swojego samopoczucia i stanu zdrowia:

- Stan zdrowia:

- czuję się dobrze, jestem w pełni sprawna/y, opieka nie wpływa negatywnie na moje zdrowie;
- czasami jestem zmęczona/y, ale raczej nie mam poważnych kłopotów zdrowotnych;
- czuję się źle, wymagam stałej opieki lekarskiej ze względu na zły stan zdrowia;
- wymagam operacji/opieki ambulatoryjnej/rehabilitacji zdrowotnej w sanatorium.

- Nastroj:

- czasami jest mi smutno, ale to szybko mija,
- coraz częściej czuję smutek,
- bardzo często jest mi smutno i nie mam siły na codzienne obowiązki,
- jestem pod opieką psychologa/psychiatry.

## 9. Sytuacja społeczna

Należy ocenić i wskazać, w jaki sposób sprawowanie opieki wpływa na możliwości kontaktów Pani/ Pana z innymi osobami lub realizowania dodatkowych zajęć, zainteresowań, itp.:

- mimo sprawowania opieki mam czas na spotkania ze znajomymi, realizowanie swoich zainteresowań/ planów;
- sprawowanie opieki ogranicza mi nieznacznie spotkania ze znajomymi, mam mniej czasu na realizację swoich zainteresowań/ planów;
- sprawowanie opieki bardzo ograniczyło możliwości spotkań ze znajomymi/ czas na moje zainteresowania/plany;
- z powodu sprawowania opieki (niemal) całkowicie zrezygnowałam/em ze spotkań ze znajomymi i realizacji moich zainteresowań/planów.



## 10. Sytuacja socjalna

Należy ocenić warunki mieszkaniowe, w których sprawowana jest opieka i Pani/ Pana sytuację finansową. W przypadku złych warunków mieszkaniowych należy podkreślić wymienione, które Pani/ Pana dotyczą lub wpisać inne niż wymienione, które występują w mieszkaniu, w którym sprawowana jest opieka:

- Warunki mieszkaniowe:

mam bardzo dobre warunki mieszkaniowe,

mam raczej dobre warunki mieszkaniowe,

mam raczej złe warunki mieszkaniowe, brakuje np. ciepłej wody, dostępu do mediów, centralnego ogrzewania, windy (podopieczny korzysta z wózka inwalidzkiego), inne, jakie:

---

mam złe warunki mieszkaniowe, mieszkanie/ dom wymaga remontu. Brakuje, np. miejsca dla wszystkich, dostępu do łazienki i toalety, ciepłej/ bieżącej wody. Inne problemy, jakie:

---

- Sytuacja finansowa:

nie mam problemów finansowych;

raczej radzę sobie finansowo, stać mnie na zaspokojenie podstawowych potrzeb oraz niezbędne wydatki, związane z opieką;

jestem w trudnej sytuacji finansowej, ledwo wystarcza mi na miesięczne wydatki, korzystam z pomocy innych, zaciągam pożyczki/kredyty/ jestem w bardzo trudnej sytuacji finansowej, brakuje mi środków na codzienne potrzeby, opłaty, utrzymujemy się z:

---

11. Preferowana forma i wymiar udziału w opiece wytchnieniowej całodobowej w ramach projektu:

weekendowy pobyt całodobowy podopiecznego w ŚDS oraz udział Opiekuna w szkoleniach z zakresu podniesienia kwalifikacji w opiece nad osobą z niepełnosprawnością, wsparciu psychologicznym i prawnym;

weekendowy pobyt całodobowy podopiecznego w ŚDS ;



udział Opiekuna w szkoleniach z zakresu podniesienia kwalifikacji w opiece nad osobą z niepełnosprawnością, wsparciu psychologicznym i prawnym;

konieczność zapewnienia indywidualnej usługi transportowej z miejsca zamieszkania do ŚDS i z ŚDS do miejsca zamieszkania, liczba km: \_\_\_\_\_

Konieczność transportu podopiecznego na wózku inwalidzkim  TAK  NIE

Liczba pobytów weekendowych całodobowych Podopiecznego \_\_\_\_\_

Liczba szkoleń oraz wsparcia psychologicznego i prawnego dla Opiekuna \_\_\_\_\_

### INFORMACJE O PODOPIECZNYM

Imię i nazwisko:	
PESEL:	

1. Rodzaj niepełnosprawności/niesamodzielności :

- dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowie; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo–rdzeniowa)  TAK  NIE

oponowo–rdzeniowa)  TAK  NIE

- dysfunkcja narządu wzroku  TAK  NIE

- zaburzenia psychiczne  TAK  NIE

- dysfunkcje o podłożu neurologicznym  TAK  NIE

- dysfunkcja narządu mowy i słuchu  TAK  NIE

- pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne  TAK  NIE



2. Proszę wskazać przyczynę niepełnosprawności wskazaną w orzeczeniu<sup>1</sup>:

- 01-U** upośledzenie umysłowe
- 02-P** choroby psychiczne
- 03-L** zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O** choroby narządu wzroku
- 05-R** upośledzenie narządu ruchu  $\chi$
- 06-E** epilepsja
- 07-S** choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T** choroby układu pokarmowego
- 09-M** choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N** choroby neurologiczne
- 11-I** inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenie enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego
- 12-C** całkowite zaburzenia rozwojowe

3. Czynności opiekuńcze, w których w szczególności wymagane jest wsparcie:

- czynności samoobsługowe (ubieranie się, jedzenie, toaleta):  TAK  NIE
- czynności pielęgnacyjne (mycie głowy, ciała i kąpiel, obcinanie paznokci, golenie, itp.):  TAK  NIE
- przemieszczanie się:  TAK  NIE
- komunikowanie się z otoczeniem:  TAK  NIE
- inne, jakie: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia.





## WERYFIKACJA

Część formularza wypełniana przez Zespół Kwalifikacyjny

Kryteria	Punktacja
Bezpośrednia opieka nad Podopiecznym z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub spektrum autyzmu, które są całkowicie niesamodzielne	
Samotne sprawowanie opieki nad Podopiecznym	
Bezpośrednia opieka nad więcej niż jednym Podopiecznym z niepełnosprawnością	
Praca zawodowa	
Wiek powyżej 65 lat	
Punkty z karty oceny niezależności funkcjonalnej podopiecznego	
RAZEM:	

Łączna liczba uzyskanych punktów: .....

Pobyt opieki wytchnieniowej zostaje przyznany:  tak  nie

Inne:

Opiekun i Podopieczny zostają wpisani na listę rezerwową

Opiekunowi przyznano udział w szkoleniach oraz wsparciu psychologicznym i prawnym

.....

Data i podpis Opiekuna

.....

Data i podpis Podopiecznego (jeśli możliwy)

.....

Data i podpisy przedstawiciela Zespołu Kwalifikacyjnego