



Fundusze Europejskie
dla Podlaskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



KARTA KWALIFIKACYJNA DO PROJEKTU

pn. „Program teleopieki domowej - program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami” FEDP.08.04-IZ.00-0001/23-00

I. DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO			
DATA URODZENIA		WIEK	
ADRES ZAMIESZKANIA			

Czy potencjalny uczestnik zamieszkuje na terenie województwa podlaskiego	☐ TAK ☐ NIE <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i>
Czy potencjalny uczestnik przebywa w opiece całodobowej	☐ TAK <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i> ☐ NIE
Czy potencjalny uczestnik potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i spełniających, co najmniej jedno z kryteriów tj. a) w wieku powyżej 60 lat dla kobiet i w wieku powyżej 65 lat dla mężczyzn; b) osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w wieku od 18 lat; c) osoby z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat; d) osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat.	☐ TAK ☐ NIE <i>oznacza wykluczenie z uczestnictwa</i>

W PRZYPADKU BRAKU SPEŁNIENIA POWYŻSZYCH KRYTERIÓW NIE WYPEŁNIA SIĘ KOLEJNYCH TABEL

II. WYKLUCZENIA

Czy potencjalny uczestnik korzysta z usług przewidzianych w projekcie a finansowanych ze środków budżetu gminy	☐ TAK – jakich w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa W TYCH SAMYCH usługach ale może korzystać z innych ☐ NIE <i>Zweryfikowane przez pracownika Realizatora</i>
Czy potencjalny uczestnik jest osobą na której rzecz zostało przyznane świadczenie w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji np. świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy	☐ TAK w ramach projektu uczestnik JEST WYKLUCZONY z uczestnictwa w usługach: - sąsiedzkich - opiekuńczych - asystenckich Może korzystać z opiekuńczych specjalistycznych ☐ NIE



Fundusze Europejskie
dla Podlaskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



	Zweryfikowane przez pracownika Realizatora
--	--

III. DIAGNOZA STANU OBECNEGO

POTRZEBA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU np. ☐ korzystanie z telefonu, ☐ dotarcie do miejsc poza odległością spaceru, ☐ wychodzenie na zakupy, ☐ samodzielne przygotowanie posiłków, ☐ samodzielne wykonywanie prac domowych np. sprzątnięcia, ☐ samodzielne majsterkowanie lub np. pranie rzeczy, ☐ samodzielne przygotowanie i przyjmowanie leków, ☐ samodzielne gospodarowanie pieniędzmi ☐ inne, jakie	Max 8 pkt (jeżeli wskazano 8 potrzeb)
SYTUACJA RODZINNA zamieszkuje samotnie/ z współmałżonkiem/ z rodziną / mieszka w sąsiedztwie rodziny tj. ta sama miejscowość	Max 1 pkt (jeżeli zamieszkuje samotnie)
ZAGROŻENIE SYTUACJĄ PROBLEMOWĄ ☐ zagrożony ubóstwem ☐ zagrożony bezdomnością	
ZASOBY dostęp do sieci komórkowej / telefon komórkowy	
POTRZEBY zgłaszane przez potencjalnego uczestnika	
WIĘZI SPOŁECZNE	
Osoba uciekająca do Polski z terenu Ukrainy w związku z atakiem Federacji Rosyjskiej na Ukrainę	☐ TAK ☐ NIE Max 1 pkt jeżeli TAK



Fundusze Europejskie
dla Podlaskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



IV. OCENA POTRZEB

SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne	☐ TAK ☐ NIE
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji	☐ TAK ☐ NIE
SPRAWNOŚĆ PSYCHICZNA	
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej	☐ TAK ☐ NIE
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii	☐ TAK ☐ NIE

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej – weryfikującej kwalifikowalność
	Podpis uczestnika



Fundusze Europejskie
dla Podlaskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODSUMOWANIE

	USŁUGI SĄSIEDZKIE	USŁUGI OPIEKUŃCZE	USŁUGI OPIEKUŃCZE SPECJALISTYCZNE	USŁUGI ASYSTENCKIE
KOBIETA w wieku powyżej 60 r.ż	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności
MĘŻCZYZNA w wieku powyżej 65 r.ż	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji	TAK jeżeli ma znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności
Osoba w wieku od 18 lat o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK	TAK	TAK	TAK
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w wieku od 18 lat	TAK	TAK	TAK	TAK
Osoba z zaburzeniami psychicznymi w wieku od 18 lat	TAK	TAK	TAK	NIE

Liczba punktów na max 10 punktów

Uczestnik kwalifikuje się do usług w wymiarze *minimum/średnio*

.....godz./miesiąc na okres od do

Usługi teleopiekuńcze – TAK/NIE

Usługi sąsiedzkie – uczestnik akceptuje opiekuna Panią/a adres

..... kontakt

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej
	Podpis uczestnika



Fundusze Europejskie
dla Podlaskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



ZAŁĄCZNIKI

Orzeczenie o niepełnosprawności z powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS/ZUS lub inne równoważne		☐ TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem, z uczestnictwa są wykluczone osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności	
Zalecenia lekarskie dotyczące pielęgnacji		☐ TAK załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	
Choroby*		Przyjmowane leki*	
Opieka specjalistów*			
Alergie, uczulenia*			
Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*			
Orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej		☐ TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	
Zaświadczenie o występowaniu zaburzenia psychicznego od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii		☐ TAK Załączyć kopię za zgodności z przedstawionym dokumentem ☐ NIE	
Specyficzne zachowania i potrzeby			
Otwartość na realizację usług, ulubiona forma spędzania wolnego czasu, przyzwyczajenia			
KONTAKT DO OSÓB NAJBLIŻSZYCH / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO Imię i nazwisko, adres, nr telefonu			

UWAGA, na okres ważności dokumentów, kopię ORZECZENIA LUB ZAŚWIADCZENIA za zgodności z przedstawionym dokumentem, załączyć do dokumentacji

Miejscowość, data	Podpis osoby kwalifikującej
	Podpis uczestnika

*nieobowiązkowe