Załącznik nr 10 do swz/umowy

**Imię i nazwisko klienta: …………………………..**

**Celem usług opiekuńczych jest** umożliwienie funkcjonowania w swoim środowisku zamieszkania osobom, które doświadczają ograniczeń w zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb i w związku z tym wymagają pomocy innych osób.

**Organizacja świadczenia usług** powinna zakładać jak najwyższą partycypację osoby objętej usługami w wykonywanie poszczególnych czynności **(charakter wspierająco-aktywizujący usługi, a nie wyręczający)** oraz ścisłą współpracę w realizacji usług z najbliższym otoczeniem tej osoby, zgodnie z zasadami pomocniczości.

**Oczekiwanym efektem usług** jest zaspokojenie zidentyfikowanych potrzeb osoby nimi objętą i przez to podniesienie dotychczasowej jakości życia.

**Identyfikacja potrzeb klienta:**

**(wypełnia pracownik socjalny z klientem)**

Najbardziej potrzebuję pomocy w następujących czynnościach:

|  |  |
| --- | --- |
|  | (właściwe zaznaczyć) |
| 1. przesłanie łóżka, |  |
| 1. układanie w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji, |  |
| 1. pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, |  |
| 1. karmienie z wyłączeniem żywienia pozajelitowego, przez PEG itp. |  |
| 1. utrzymanie w czystości pomieszczenia, w którym przebywa klient, |  |
| 1. utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego i urządzeń sanitarnych, |  |
| 1. opiekę higieniczną tj. zmianę bielizny osobistej, pościelowej oraz pościeli; mycie, kąpanie, czesanie, ubieranie lub rozbieranie |  |
| 1. zlecona przez lekarza pielęgnację w tym podawanie leków w dawkach zleconych przez lekarza, |  |
| 1. w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem oraz organizowanie spacerów, |  |
| 1. zakup produktów spożywczych i podstawowych artykułów niezbędnych do prowadzenia gospodarstwa domowego, |  |
| 1. zabezpieczenie posiłków, w tym raz dziennie posiłku gorącego (przestrzegając zasad dietetyki), |  |
| 1. utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych oraz innego drobnego sprzętu gospodarstwa domowego używanego na bieżąco, |  |
| 1. pranie bielizny osobistej (dziennej i nocnej), lekkiej odzieży oraz pościeli, |  |
| 1. palenie w piecu, przynoszenie węgla i wody (w razie potrzeby), |  |
| 1. w razie konieczności z upoważnienia klienta, załatwianie w jego imieniu spraw urzędowych takich jak: opłacanie świadczeń, rachunków związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, |  |
| 1. zamawianie wizyt lekarskich, pomoc w dotarciu do lekarza oraz realizacja recept, |  |
| 1. w uzasadnionych przypadkach odwiedzanie klienta w szpitalu (po wcześniejszym uzgodnieniu konieczności takich wizyt z zamawiającym), |  |
| 1. mycie okien, pranie firan i zasłon 2 razy w roku w przypadku osób samotnych nieposiadających rodziny, |  |
| 1. w uzasadnionych przypadkach pomoc w życiu rodzinnym, tj. w opiece nad nieletnimi dziećmi osoby objętej usługami opiekuńczymi, |  |

Ilość dni w tygodniu: ………………………………

w tym soboty, niedziele i święta ……………………………….

Ilość godzin w 1 dniu: ………………………………

koszt za 1 godzinę w dni robocze ………………………………….

koszt za 1 godzinę w soboty , niedziele i święta …………………………..

odpłatność strony ……………………..%

Przewidywany całkowity koszt miesięcznie ……………………….

Przewidywana miesięczna odpłatność klienta:………………………….

Mysłowice, dnia ………………………

………………………………………… …………………………………………

Podpis klienta Podpis pracownika socjalnego