**Zał. Nr 8 ZP.4.2024**

**INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA**

**w ramach projektu „Usługi społeczne w Gminie Wyrzysk”**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Uczestnika |  |
| Rodzaj i stopień niepełnosprawności |  |

Sytuacja rodzinna:

* osoba samotna / samotnie gospodarująca
* posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach
* zamieszkująca z rodziną / inną osobą

Mobilność:

* osoba poruszająca się samodzielnie
* osoba poruszająca się z pomocą innych osób
* osoba niezdolna do poruszania się

Indywidualne potrzeby osoby niesamodzielnej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zakres usług** | **Wymagane usługi (\*niepotrzebne skreślić)** |
| **1**. | **Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych:** | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc przy przygotowaniu/przygotowywanie posiłków lub produktów na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc w spożywaniu posiłków | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc w utrzymaniu porządku i czystości w najbliższym otoczeniu | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc w utrzymaniu czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników | wymaga /nie wymaga\* |
|  | dokonywanie niezbędnych zakupów (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami) | wymaga /nie wymaga\* |
|  | regulowanie opłat domowych (środkami pieniężnymi osoby objętej usługami) | wymaga /nie wymaga\* |
|  | Inne (wpisać jakie) | wymaga /nie wymaga\* |
| **2**. | **Opieka higieniczna - czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej** | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych - odprowadzenie do toalety | wymaga /nie wymaga\* |
|  | zakładanie i zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej | wymaga /nie wymaga\* |
|  | prześcielenie łóżka, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ciała | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc przy kąpieli m.in. mycie ciała, mycie głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów, golenie, higiena paznokci rąk i nóg, czyszczenie protez zębowych | wymaga /nie wymaga\* |
|  | Inne (wpisać jakie) | wymaga /nie wymaga\* |
| **3.** | **Czynności organizacyjne:** | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych np. zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów oraz towarzyszenie w nich jeżeli zachodzi taka potrzeba, realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami (w najbliższej okolicy miejsca jej zamieszkania/pobytu) | wymaga /nie wymaga\* |
|  | czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się | wymaga /nie wymaga\* |
|  | czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, m.in. pomoc lub towarzyszenie przy załatwianiu spraw urzędowych, | wymaga /nie wymaga\* |
|  | Czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia | wymaga /nie wymaga\* |
|  | Czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społecznej lokalnej | wymaga /nie wymaga\* |
|  | Inne (wpisać jakie) | wymaga /nie wymaga\* |
| **4.** | **Czynności pielęgnacyjne** | wymaga /nie wymaga\* |
|  | pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo - smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów, oklepywanie | wymaga /nie wymaga\* |
|  | opróżnianie worka urologicznego | wymaga /nie wymaga\* |
|  | przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków | wymaga /nie wymaga\* |
|  | mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, poziomu cukru | wymaga /nie wymaga\* |
|  | Inne (wpisać jakie) | wymaga /nie wymaga\* |

1. Miejsce świadczenia usługi opiekuńczej *(adres Uczestnika Projektu)*: ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Wymiar świadczenia usługi opiekuńczej - łącznie …………….……. godzin.
2. Preferowane godziny świadczenia usług[[1]](#footnote-1) *(wpisać zakres godzin lub porę dnia np. 12:00-14:00, lub godz. dopołudniowe, godz. popołudniowe, preferowane dni świadczenia usługi)*…………………………… …………………….
3. Termin rozpoczęcia świadczenia usługi:

…………………………………………………………………………………….

1. Termin zakończenia świadczenia usługi: dzień zakończenia realizacji projektu, tj. 31.12.2025 roku.

…………………………………………………………………………………………

Data, podpis i pieczęć

Zamawiającego

………………………………………………………………………………………….

Data i podpis

Uczestnika Projektu /Opiekuna prawnego/ Opiekuna faktycznego Uczestnika projektu\*

…………………………………………………………………………………………….

Data, podpis i pieczęć

Wykonawcy

\*niewłaściwe skreślić

1. Zastrzega się, że z uwagi na spersonalizowanie i zintegrowanie usług, czas ich świadczenia może ulec modyfikacji m. in. w wyniku zmian indywidualnych potrzeb Uczestnika Projektu w trakcie realizacji projektu. [↑](#footnote-ref-1)