**Załącznik nr 1 do SWZ**

***Przykładowy zakres prac w ramach usług opiekuńczych***

**ZAKRES CZYNNOŚCI DLA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKUŃCZE**

(z wyłączeniem specjalistycznych usług)

Imię i nazwisko adresata usług ................................................................................

Miejsce świadczenia usług (adres) Lębork, ul ........................................................

Określ świadczenia usług od .................................. do ............................................

*(dzień, miesiąc, rok) ( dzień, miesiąc, rok)*

Wymiar usług...............................................................................................................

Zakres usług\*:

Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych a w szczególności :

1. Utrzymanie czystości w pomieszczeniach użytkowanych przez osobę korzystającą z usług opiekuńczych, mieszkająca samotnie (pokoju jeżeli mieszka z rodziną) z możliwością użytkowania zmechanizowanego sprzętu gospodarstwa domowego;
2. Utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego i urządzeń sanitarnych przy użyciu środków czystości podopiecznego;
3. Zapewnienie bezpiecznego otoczenia do poruszania się;
4. Utrzymanie w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego użytkowanego przez osobę korzystającą z usług, dbanie o higienę żywności;
5. Pomoc podopiecznemu w utrzymaniu higieny osobistej (pomoc przy myciu lub kąpieli, myciu głowy, czesanie, golenie, obcinanie paznokci);
6. pranie bielizny osobistej i odzieży, a następnie jej prasowanie z możliwością użytkowania pralki i żelazka osoby korzystającej z usług;
7. Zmienianie bielizny pościelowej i osobistej stosownie do potrzeb i uzgodnień osoby korzystającej z usług;
8. Pranie bielizny pościelowej w pralce lub odnoszenie do pralni i przynoszenie   
   z powrotem;
9. Zakup podstawowych artykułów spożywczych, niezbędnych leków oraz artykułów gospodarstwa domowego, pomoc w sporządzeniu listy zakupów, informowanie o cenach towaru;
10. Pomoc w przygotowaniu posiłków z uwzględnieniem diety, dostarczanie jednego gorącego posiłku jeżeli osoba korzystająca z usług ma przyznane obiady z MOPS;
11. Pomoc przy spożywaniu posiłków;
12. Zapisywanie do lekarza, zamawianie wizyt lekarskich lub pomoc w dotarciu oraz towarzyszenie podopiecznemu w trakcie wizyty u lekarza, rehabilitanta itp.;
13. Nadzór nad przyjmowaniem leków;
14. Załatwianie spaw urzędowych, opłacanie powierzonych rachunków, rzetelne   
    i terminowe rozliczanie się ze środków finansowych;
15. Palenie w piecu, przynoszenie opału, wynoszenie śmieci, popiołu;
16. Organizowanie napraw urządzeń i sprzętu domowego;
17. Organizowanie spacerów, podtrzymywanie kontaktów ze środowiskiem   
    i rodziną;
18. Wzywanie pomocy w razie potrzeby;
19. Utrzymywanie stałego kontaktu z pracownikiem socjalnym i pracownikiem MOPS wyznaczonym przez Dyrektora do reprezentowania Zamawiającego;
20. .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................... ............................................... ...........................

*(data i podpis przedstawiciela Wykonawcy) (data i popis zlecającego usługi) (data i podpis klienta)*

Uwaga!

Sporządzić w 3 egzemplarzach

\*właściwe zaznaczyć