

**UZGODNIENIA DOKONANE Z OSOBĄ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O UZYSKANIE
WSPARCIA W FORMIE POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

I. Strony uzgodnień

1. Dane osoby ubiegającej się o wsparcie w formie pobytu w mieszkaniu wspomagany.

Imię:	Nazwisko:
Pesel:	Nr dowodu osobistego:
Imiona rodziców:	Data urodzenia:
tel. do kontaktu:	

2. Dane pracownika socjalnego:

Imię:	Nazwisko:
tel. do kontaktu:	

**II. Uzgodnienia dotyczące korzystania z pomocy w formie pobytu w mieszkaniu
wspomagany**

1. Cel pobytu:

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

2. Okres pobytu:

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

3. Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia:

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

4. Odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia:

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

5. Sposób usprawiedliwienia nieobecności w mieszkaniu wspomaganym:

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

6. Zasady i sposób realizacji Planu wsparcia osoby

Lp.	Rodzaj planowanego wsparcia	Termin realizacji

III. Uzgodnienia zostały sporządzone w dwóch/trzech jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron.

Rodzaj i zakres wsparcia w mieszkaniu wspomaganym są uzależnione od indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych osoby korzystającej ze wsparcia.

Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia mogą ulec zmianom w zależności od oceny sytuacji osoby korzystającej ze wsparcia w mieszkaniu wspomaganym, dokonywanej co najmniej 1 raz na 6 miesięcy. Zmiany wprowadzane są w drodze pisemnych uzgodnień.

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu wspomaganym)

PLAN WSPARCIA OSOBY W MIESZKANIU WSPOMAGANYM

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(ostatni adres zameldowania na stałe)

Zakres ustalonego wsparcia:

Lp.	ZAKRES WSPARCIA	Tak	Nie
I	POMOC W ZASPOKOJENIU CODZIENNYCH POTRZEB ŻYCIOWYCH		
1	Czynności żywieniowe:		
a	pomoc przy przygotowywaniu posiłków /śniadanie, kolacja/		
b	dostarczenie gotowych posiłków /catering – obiad/;		
c	robienie zakupów		
2	Czynności gospodarcze:		
a	pomoc przy sprzątanii mieszkania-pokój i łazienka /odkurzanie, ścieranie kurzu, mycie podłóg, mycie łazienki/		
b	utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych;		
c	pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej, niezbędne prasowanie;		
d	pomoc przy sianiu łóżka		
e	pomoc przy zmianie pościeli		
3	Czynności organizacyjne:		
a	ustalanie lub towarzyszenie podczas wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych;		
b	realizacja recept;		
c	załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach;		
d	pomoc w regulowaniu opłat;		
e	pomoc w organizacji czasu wolnego;		

f	Inne czynności / wymienić jakie – zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami mieszkańca/		
II	OPIEKA HIGIENICZNA		
1	Utrzymanie higieny osobistej:		
a	pomoc przy myciu ciała, głowy;		
b	pomoc przy kąpieli;		
2	Pomoc przy ubieraniu		
3	Inne czynności / wymienić jakie – zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami mieszkańca/		
III	ZAPEWNIENIE KONTAKTÓW Z OTOCZENIEM		
1	Inicjowanie oraz ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym.		
2	Organizowanie wyjść poza miejsce zamieszkania - spacery na świeżym powietrzu itp.		
3	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych.		
4	Pomoc w zaspokojeniu potrzeb kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych.		
5	Inne czynności /wymienić jakie – zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami mieszkańca/		
IV	UDZIAŁ W ZAJĘCIACH AKTYWIZUJĄCYCH		
1	Terapia zajęciowa (zajęcia plastyczne, muzyczne, gry i zabawy myślowe)		
2	Ćwiczenia usprawniające/rehabilitacyjne		
3	Aktywne spędzanie czasu wolnego (wieczorki poetyckie, wieczorki filmowe, spotkania przy muzyce, spacery, zajęcia w ogrodzie itp.)		
4	Imprezy integracyjne		

.....
data pieczęć i podpis pracownika socjalnego

.....
data i podpis mieszkańca

Otrzymują:

- 1) OPS
- 2) Mieszkaniec
- 3) Opiekun mieszkania

**OCENA SYTUACJI OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE WSPARCIA
W MIESZKANIU WSPOMAGANYM**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(ostatni adres zameldowania na stałe)

SYTUACJA DOCHODOWA OSOBY:

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

SYTUACJA ZDROWOTNA:

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

MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA WSPARCIA ZE STRONY RODZINY:

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

.....
.....
WSPARCIE UDZIELONE OSOBIE PODCZAS POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM:

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

OCENA FUNKCJONOWANIA OSOBY W TRAKCIE POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM (jaki zostały wykonane zadania przez osobę/opiekuna mieszkania/pracownika OPS)

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

WNIOSKI I USTALENIA:

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

.....
(data i podpis mieszkańca)

.....
(data i podpis kierownika OPS)

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY LOKALU MIESZKALNEGO
NR PRZY UL. KOSIECZYŃSKIEJ 4**

Sporządzony w dniu roku, w Zbąszynku pomiędzy:

Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Zbąszynku ul. Kosieczyńska 4 66-210 Zbąszynek
reprezentowanym przez Kierownika OPS – Katarzynę Rucioch zwanym dalej
„Wynajmującym”

a

Panem/Panią,
PESEL,
zwanym/ą dalej „Najemcą”

OPIS LOKALU

Przekazywany lokal znajduje się napiętrze w budynku przy
ul.
Składa się z
Powierzchnia lokalu wynosi

SPIS URZĄDZEŃ Z WYPOSAŻENIEM ORAZ STANEM ZUŻYCIA

Pomieszczenie	Urządzenie lub element lokalu	Stopień zużycia
Pokój		
Łazienka		

KLUCZE

Niniejszym Najemca kwituje odbiór kompletów kluczy do lokalu nr
przy ul

UWAGI

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

.....
Podpis Wynajmującego

.....
Podpis Najemcy

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że jest mi znane
wyposażenie mieszkania wspomaganego nr....., w którym przebywam od dnia
.....

Zobowiązuje się do pozostawienia wyposażenia mieszkania w takim stanie i ilości, w jakim go
zostałam/em w chwili przyjęcia.

Zostałam/em poinformowana/y, że ponoszę odpowiedzialność za sprzęt i wyposażenie
mieszkania wspomaganego, a w przypadku jego uszkodzenia, zniszczenia zostanę obciążona/y
kwotą równoznaczną z zakupem lub naprawą nowego elementu wyposażenia.

W przypadku braku środków finansowych, wyrażam zgodę na wszczęcie przez Ośrodek
Pomocy Społecznej postępowania egzekucyjnego wobec mnie.

.....
(data i czytelny podpis Najemcy)

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM MIESZKAŃ
WSPOMAGANYCH W GMINIE ZBĄSZYNEK I ZŁOŻENIE ZOBOWIĄZANIA O
JEGO PRZESTRZEGANIU**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ostatni adres zameldowania na stałe)

.....
(nr telefonu)

Niniejszym oświadczam, że:

- Zapoznałam /em się z **Regulaminem mieszkań wspomaganych w Gminie Zbąszynek.**
- Akceptuję treść w/w Regulaminu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis mieszkańca)