

LZÓR

(pieczęćka OPS)

# OPINIA DOTYCZĄCA SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

## Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

(w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych - również imię i nazwisko osoby składającej wniosek oraz stopień pokrewieństwa z osobą ubiegającą się o skierowanie do domu pomocy społecznej).

JOFIA LIS

2. Data urodzenia:

dzień 13 miesiąc 03 rok 1950

Nr PESEL 13935011111

3. Miejsce zamieszkania:

zameldowanie na pobyt stały UL. PŁYNNA 3/4 KONIN

zameldowanie na pobyt czasowy

tymczasowe miejsce pobytu

4. Sytuacja prawna osoby ubiegającej się o skierowanie do domu:

czy jest ubezwłasnowolniony

☐

1. tak

☒

2. nie

jeśli tak, to czy

☐

1. całkowicie

☐

2. częściowo

5. W wypadku osoby ubezwłasnowolnionej podać imię i nazwisko oraz adres przedstawiciela ustawowego.

## Część szczegółowa

A. Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Ocena sprawności ruchowej

PORUSZA SIĘ SAMODZIELNIE, POŁOŻIŁ, WZĘSTE ZAKŁADY GŁOWY, MOMENTAMI KORZYSTA Z POMOCY BALKONIKA

2. Ocena możliwości samodzielnego zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych

WYMAGA CZĘŚCIOWEJ POMOCY, JEDNAK COŻDZIENNE

3. Ocena zdolności porozumiewania się

SŁABO SŁYSZY, SŁABO WIDZI

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)

CZYTANIE KSIĄZEK O TEMATYCE RELIGIJNEJ, JEST TO JEDNAK NĘCZĄCE ZE ZGŁĘDU NA STĄBY KROK

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom

POMOC W COŻDZIENNYM FUNKCJONOWANIU

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne).

OSOBA PESYMISTYCZNIE NASTAWIONA DO ŻYCIA

**B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.**

1. Dane o rodzinie.

OSOBA SAMOTNA

| 1   | 2               | 3     | 4              | 5                     | 6                          | 7                            |
|-----|-----------------|-------|----------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres | Numer telefonu | Stopień pokrewieństwa | Dochód na osobę w rodzinie | Czy deklaruje gotowość opłat |
|     |                 |       |                |                       |                            |                              |
|     |                 |       |                |                       |                            |                              |
|     |                 |       |                |                       |                            |                              |
|     |                 |       |                |                       |                            |                              |

2. Opinia ośrodka pomocy społecznej na temat możliwości funkcjonowania osoby w środowisku; podać, co uniemożliwia pozostanie w środowisku.

PANI ZOFIA WYMAGA POMOCY PRZY CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

3. Podać, jaki jest zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.

DO TEJ PORY PANI ZOFIA KORZYSTAŁA Z POMOCY W FORMIE POSITKOW

4. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie - opisać dlaczego?

ZGODNIE Z OPINIĄ LEKARZA PANI ZOFIA WYMAGA CAŁODOBŻEJ OPIEKI

5. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały).

PANI ZOFIA NIE MA RODZINY, JEJ STAN ZDROWIA SIĘ POGORSZA, WYMAGA SKIEROWANIA DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

*Zofia Lis*

(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego)

*[Signature]*

(podpis pracownika socjalnego)

Komin 16.03.2016

(miejscowość i data)

*[Signature]*

(kierownik ośrodka pomocy społecznej)