

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).	
2. Data urodzenia: dzień miesiąc rok	Nr PESEL
3. Miejsce zamieszkania: zameldowanie na pobyt stały 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 <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| 2. Ocena możliwości samodzielnego zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| 3. Ocena zdolności porozumiewania się <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| 4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania) <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| 5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| 6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne). |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej.**1. Dane o rodzinie.**

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.

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(miejscowość i data)

.....
(kierownik ośrodka pomocy społecznej)