

DANE OSOBOWE

IMIĘ			
NAZWISKO			
NR TELEFONU		WIEK	
PESEL		NR DOWODU	
ADRES			
NR TELEFONU osoby kontaktowej			

KWESTIONARIUSZ OCENY SYTUACJI SOCJALNO-SPOŁECZNEJ

- ☐ Weryfikacja wstępna
☐ Aktualizacja danych

1. Z czego utrzymuje się Pan/i i osoby z Panem/nią zamieszkujące
(wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, inne źródła)? [dokumenty do wglądu]

Opis	Kwota
emerytura	
renta	
zasiłek OPS stały	
zasiłki OPS celowe (suma za ostatnie 3 miesiące)	
dodatek mieszkaniowy	
dodatek za prąd	
świadczenie 500+	
dodatek pielęgnacyjny	
dodatek kombatancki	
dodatek kompensacyjny	
ryczałt energetyczny	
wsparcie innych instytucji	

Dodatkowe informacje

.....

2. Jakie są główne wydatki? [dokumenty do wglądu]

Opis	Kwota
czynsz	
opłaty czynszowe (licznikowe)	
elektryczność (wysokość ostatniej prognozy)	
gaz (wysokość ostatniej prognozy)	
wywóz nieczystości	
abonament RTV	
telewizja kablowa i/lub Internet	
telefon (abonament/doładowania)	
Inne (raty kredytów, alimenty, zajęcie komornicze)	

Czy samodzielnie opuszcza Pan/i mieszkanie? /w celu zrobienia zakupów, odbycia wizyty u lekarza/

- ☐ tak, wychodzę samodzielnie
- ☐ tak, wychodzę samodzielnie korzystając z
 - ☐ łaski
 - ☐ kul
 - ☐ chodzika
- ☐ tak, wychodzę, ale z inną osobą
 - ☐ korzystając z wózka inwalidzkiego
- ☐ nie wychodzę ze względu na stan zdrowia
- ☐ nie wychodzę ze względu na brak windy
- ☐ Potrzebuję transportu medycznego do lekarza

3. Czy samodzielnie przygotowuje Pan/i posiłki?

- ☐ samodzielnie przygotowuję proste posiłki
- ☐ gotuję domowe obiady
- ☐ korzystam z częściowej pomocy innej osoby
- ☐ ktoś inny wykonuje za mnie te czynności

4. Trudności w porozumiewaniu się

- ☐ mam kłopoty ze słuchem
- ☐ mam kłopoty ze wzrokiem
- ☐ mam kłopoty z mówieniem
- ☐ mam kłopoty z pamięcią

5. Posiadane orzeczenia

- ☐ posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu
- ☐ posiadam orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- ☐ inne.....

6. Czy korzysta Pan/i z pomocy innych osób i instytucji?

- ☐ rodziny - w jakim zakresie?
.....
- ☐ sąsiadów - w jakim zakresie?
.....
- ☐ organizacji społecznych - których? W jakim zakresie?
.....
- ☐ ośrodka pomocy społecznej

adres OPS	
nazwisko opiekuna	
nr telefonu do opiekuna	

zakres pomocy:

- ☐ obiady
- ☐ usługi opiekuńcze w wymiarze godzin tygodniowo
- ☐ zasiłki
- ☐ inne

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

7. Jaka pomoc jest potrzebna?

rozmiar ubrań

.....

nr buta

8. Zapotrzebowanie na produkty chłonne

Opis	Korzystam (Tak/Nie)	Rozmiar
Pieluchy		
Pieluchomajtki		
Wkładki		
Podpaski		
Podkłady		

☐ posiadam zlecenie na dofinansowanie do zakupu (refundację)

9. Sytuacja mieszkaniowa

☐ Mieszkanie:

- ☐ socjalne
- ☐ kwaterunkowe
- ☐ własnościowe,
- ☐ najem
- ☐ Inne

☐ Metraż

☐ Wymaga remontu

☐ Ogrzewanie:

- ☐ centralne
- ☐ elektryczne
- ☐ gazowe
- ☐ węglowe
- ☐ drewno opałowe

☐ Piętro nr.....

☐ Winda

10. Sytuacja rodzinna

☐ Dzieci

Data urodzenia	Miejsce zamieszkania	zawód

☐ Wnuki pełnoletnie

Data urodzenia	Miejsce zamieszkania	zawód

☐ Niepełnosprawność w rodzinie

.....

Opis sytuacji rodzinnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Stan zdrowia

Szczepienie na COVID-19: ☐ TAK ☐ NIE liczba dawek

Choroby i alergie (w tym pokarmowe):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyjmowane na stałe leki od specjalistów:

.....

.....

.....

.....

.....

Przychodnia i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu:

.....

.....

Oświadczam, że wszystkie podane powyżej informacje są prawdziwe.

Wyrażam zgodę na weryfikację wszystkich informacji dostarczonych przeze mnie stowarzyszeniu Nasza Szczycieńska Ziemia. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. (a) RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu i załącznikach dla celów związanych z udzieleniem pomocy oraz w celach niezbędnych do wykonania statutowych zadań stowarzyszenia Nasza Szczycieńska Ziemia.

Data i podpis wolontariusza

Data i podpis osoby zgłaszanej/zgłaszającej się

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.