ZAŁĄCZNIK NR 3

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA KANDYDATÓW DO UDZIAŁU**

**W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: ***Deinstytucjonalizacja usług społecznych „Fundacji Dom z Sercem”***  Nr projektu: ***RPMA.09.02.01-14-7713/17***  Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: ***IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem***  Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: ***9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej***  Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: ***9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informacje podstawowe:** | | | |
| **dane uczestnika:** | | | |
| Imię i nazwisko |  | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | |
| płeć | kobieta  mężczyzna | | |
| PESEL |  | Telefon stacjonarny |  |
| E-mail |  | Telefon komórkowy |  |
| Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1) | Ulica |  | |
| Numer domu |  | |
| Numer lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Miejscowość |  | |
| Gmina |  | |
| Powiat |  | |
| Województwo |  | |
| **Informacje o miejscu zamieszkania:** | | | |
| **1. ile osób liczy pana/i gospodarstwo domowe?**  ……………………………………………………………….. | | | |
| 2. miejsce pana/i zamieszkania to:  mieszkanie w bloku  dom  inne , jakie? | | | |
| **Informacje o sytuacji zdrowotnej:** | | | |
| 1. czy posiada pan/i rozrusznik serca ?  tak  nie | | | |
| 2. Które z objawów zauważa Pan/i u siebie?  Osłabiona pamięć  Apatia  Brak zapału do pracy  Niechęć do wykonywania jakiejkolwiek czynności  Złe samopoczucie  Żadne z powyższych | | | |
| 3. czy występują u Pan/i ?  Duszności  Pokrzywka  Obrzęki  Swędzenie  Skłonność do krwawień  Epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności  Żadne z powyższych | | | |
| 4. czy ma pan/i zleconą dietę?  tak  nie  Jeśli tak, jaką?  ………………………………………………………………….. | | | |
| **Informacje na temat opiekuna osoby starszej :** | | | |
| 1. czy korzysta pan/i z pomocy przy załatwianiu codziennych spraw ?  tak  nie (przy tej odpowiedzi proszę przejść do pytań o korzystanie z usług opieki społecznej | | | |
| 2. Kim jest ta osoba lub osoby lub też instytucja, z pomocy której Pan/i korzysta?  małżonek/małżonka  Syn/córka  Członek dalszej rodziny  Ośrodek Pomocy Społecznej  Inna osoba lub instytucja, kto?........... | | | |
| 3. jak często przychodzi do Pana/i opiekun i jakie wykonuje czynności ?  ………………………………………………………………………………………….  Zakupy  tak  nie  realizowanie opłat związanych z funkcjonowaniem mieszkania  tak  nie  Lekkie prace domowe (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)  tak  nie  Samodzielne jedzenie  tak  nie  samodzielna toaleta  tak  nie  samodzielne ubieranie i rozbieranie  tak  nie  przygotowanie posiłków  tak  nie  Poruszanie się po pokoju  tak  nie | | | |
| 4. Czy Pana/i wypłaca wynagrodzenie opiekunowi w zamian za opiekę?  tak  nie  nie wiem | | | |
| 5. Jak Pan/i ocenia ogólną jakość dotychczasowych usług opiekuńczych ?  Bardzo dobrze  Raczej dobrze  Raczej źle  Bardzo źle  Trudno powiedzieć | | | |

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a………………………….. świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych mi pytań w niniejszym kwestionariuszu ankiety i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

…………………….. ……………………………..

(miejscowość, data) (czytelny podpis kandydata/kandydatki)

1. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)