

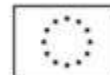
ZAŁĄCZNIK NR 3

**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*

<b>INFORMACJE PODSTAWOWE:</b>			
<b>DANE UCZESTNIKA:</b>			
IMIĘ I NAZWISKO			
DATA I MIEJSCE URODZENIA			
PLĘĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	
PESEL		TELEFON STACJONARNY	
E-MAIL		TELEFON KOMÓRKOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup>	ULICA		
	NUMER DOMU		
	NUMER LOKALU		
	KOD POCZTOWY		
	MIEJSCOWOŚĆ		
	GMINA		
	POWIAT		
	WOJEWÓDZTWO		

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



### 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  
 NIECHEĆ 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?

.....

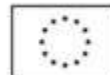
### INFORMACJE NA TEMAT OPIEKUNA OSOBY STARSZEJ :

#### 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/MALŻONKA  
 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 POSILKÓW  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 OGÓLNA 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)