ZAŁĄCZNIK NR 3

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA KANDYDATÓW DO UDZIAŁU**

**W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| Tytuł projektu: Zwiększenie dostępności do usług społecznych dla osób niesamodzielnych z powiatów: wyszkowskiego, wołomińskiego, ostrowskiego i legionowskiego Nr projektu: ***RPMA.09.02.01-14-a093/17***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[ ]  nieJeśli 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 [ ]  nierealizowanie opłat związanych z funkcjonowaniem mieszkania [ ]  tak [ ]  nieLekkie prace domowe (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu) [ ]  tak [ ]  niekarmienie [ ]  tak [ ]  nietoaleta [ ]  tak [ ]  nieubieranie i rozbieranie [ ]  tak [ ]  nieprzygotowanie posiłków [ ]  tak [ ]  niepomoc w Poruszaniu 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)