



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	<input type="checkbox"/> KOBIETA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	
PESEL		TELEFON STACJONARNY	
E-MAIL		TELEFON KOMÓRKOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA	¹ ULICA		
	NUMER DOMU		
	NUMER LOKALU		
	KOD POCZTOWY		
	MIEJSCOWOŚĆ		
	GMINA		
	POWIAT		
	WOJEWÓDZTWO		
INFORMACJE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA:			
1. ILE OSÓB LICZY PANA/I GOSPODARSTWO DOMOWE?			

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



.....
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 PANI/ ?

- DUSZNOŚCI
 POKRZYWKA
 OBRZĘKI
 SWĘDZENIE
 SKŁONNOŚĆ DO KRWAWIEN
 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

KARMIENIE TAK NIE

TOALETA TAK NIE

UBIERANIE I ROZBIERANIE TAK NIE

PRZYGOTOWANIE POSILKÓW TAK NIE

POMOC 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 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.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis kandydata/kandydatki)