



Załącznik nr 3
do procedury wprowadzonej Zarządzeniem Nr 51/2014
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Bydgoszczy z dnia 20.11.2014 r.

OPINIA DOTYCZĄCA SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
(WYPEŁNIA PRACOWNIK SOCJALNY OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych – również imię i nazwisko osoby składającej wniosek oraz stopień pokrewieństwa z osobą ubiegającą się o skierowanie do domu pomocy społecznej)																															
2. Data urodzenia																															
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>d</td><td>d</td><td></td><td>m</td><td>m</td><td></td><td>r</td><td>r</td><td>r</td><td>r</td></tr></table>											d	d		m	m		r	r	r	r	Nr PESEL <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
d	d		m	m		r	r	r	r																						
3. Miejsce zamieszkania : Zameldowanie na pobyt stały Zameldowanie na pobyt czasowy Tymczasowe miejsce pobytu																															
4. Sytuacja prawna osoby ubiegającej się o skierowanie do domu: Czy jest ubezwłasnowolniona 1.Tak ☐ 2.Nie ☐ jeśli Tak, to 1.całkowicie ☐ 2. częściowo ☐																															
5. W wypadku osoby ubezwłasnowolnionej podać imię i nazwisko oraz adres przedstawiciela ustawowego																															

Część szczegółowa

A. Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie, z pomocą innych osób, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego, nie chodzi samodzielnie)
2. Ocena możliwości samodzielnego zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny, wymaga częściowej pomocy, wymaga stałej pomocy, zupełnie niesamodzielny)
3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu, wzroku)
4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)
5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne)

.....

.....

.....

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

1. Dane o rodzinie

1	2	3	4	5	6	7
L.p.	Imię i nazwisko	Adres	Nr telefonu	Stopień pokrewieństwa	Dochód na osobę w rodzinie	Czy deklaruje gotowość opłat

2. Opinia ośrodka pomocy społecznej na temat możliwości funkcjonowania osoby w środowisku; podać, co uniemożliwia pozostanie w środowisku

.....

.....

.....

3. Podać, jaki jest zakres i rodzaj pomocy oferowanej przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

.....

.....

4. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, **jeśli nie – uzasadnić dlaczego?**

.....

.....

.....

.....

.....

5. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub pobyt stały)

.....

.....

.....

.....
Podpis osoby ubiegającej się o skierowanie
do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego

.....
Podpis pracownika socjalnego

.....
Miejscowość i data

.....
Kierownik ośrodka pomocy społecznej