Załącznik nr 4: Indywidualny plan wsparcia i pracy z osobą potrzebującą wsparcia z osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

…………………………………………………….  
 (miejscowość, data)

**INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA   
W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Wiek uczestnika** |  |

Ocena samodzielności (właściwe zaznaczyć X)

|  |  |
| --- | --- |
| **Poruszanie** **się** | |
| Osoba leżąca/ zależna |  |
| Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się nie przesiada) |  |
| Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się przesiada) |  |
| Osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu pomocniczego/ innych osób |  |
| Osoba poruszająca się samodzielnie |  |
| **Poruszanie się po powierzchniach płaskich** | |
| Samodzielnie się nie porusza |  |
| Samodzielnie pokonuje niewiele schodów |  |
| Przy większych odległościach pokonuje schody |  |
| **Poruszanie się po schodach** | |
| Samodzielnie się nie porusza po schodach |  |
| Z trudnością pokonuje niewiele schodów |  |
| Samodzielnie pokonuje schody |  |
| **Spożywanie posiłków** | |
| Wymaga karmienia |  |
| Samodzielnie spożywa przygotowany i podany posiłek |  |
| Samodzielnie przygotowuje i spożywa śniadania i kolacje, wymaga pomocy przy przygotowaniu obiadu |  |
| Samodzielnie przygotowuje i spożywa wszystkie posiłki |  |
| **Utrzymanie higieny osobistej** | |
| Wymaga całkowitej opieki drugiej osoby przy wykonywaniu czynności higienicznych |  |
| Wymaga pomocy przy wykonywaniu toalety przy łóżku (np. podanie miski z wodą) |  |
| Wymaga opieki przy kąpieli, samodzielna w zakresie umycia twarzy, zębów, uczesania się |  |
| Samodzielna w zakresie utrzymania higieny osobistej |  |
| **Potrzeby fizjologiczne** | |
| Osoba nie kontroluje potrzeb fizjologicznych (użycie pielucho-majtek) |  |
| Osoba nie zawsze zgłasza potrzeby fizjologiczne |  |
| Osoba zgłasza potrzeby fizjologiczne, wymaga pomocy przy dotarciu do WC |  |
| Osoba samodzielnie zaspokaja potrzeby fizjologiczne |  |
| **Ubieranie/ rozbieranie się** | |
| Osoba wymaga pomocy przy założeniu/ zdjęciu ubrania |  |
| Osoba wymaga częściowej pomocy przy założeniu niektórych części garderoby np. buty, rajstopy |  |
| Osoba wymaga przygotowania garderoby , sama się ubiera |  |
| Osoba ubiera się samodzielnie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zagrożenia ze strony osoby z niepełnosprawnościami dla siebie i otoczenia** | TAK/ NIE |
| Jeśli TAK- to jakie?  (np. odkręca gaz, wodę, je różne rzeczy, nie leczy się, nie przyjmuje leków, podejmuje zachowania niebezpieczne i autoagresywne, uzależnienia, odmawianie pomocy, inne) | |
|  | |
| Kiedy takie fakty miały miejsce, jaka jest częstotliwość ich występowania: | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Cele pracy** |
|  |

|  |
| --- |
| **Zadania wspierająco- aktywizujące** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis osoby świadczącej usługi** |  |
| **Podpis Uczestnika projektu** |  |
| **Podpis Koordynatora projektu** |  |
| **Miejscowość, data** |  |