**DIAGNOZA POTRZEB ORAZ SYTUACJI SPOŁECZNO-EKONOMICZNEJ KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Celem wywiadu jest analizasytuacji materialnej, rodzinnej, problemowej, zasobów, potencjału, predyspozycji i potrzeb uczestnika projektu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane kandydata na uczestnika projektu: |  | Dane osoby przeprowadzającej wywiad |  |

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L.2016.119.1), dalej RODO, informujemy:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja na rzecz Collegium Polonicum, ul. Kościuszki 1, 69-100 Słubice. Dane teleadresowe: odo@fundacjacp.org
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia rekrutacji do projektu „Opiekuńcze skrzydła powiatu”, a także stworzenie indywidualnej ścieżki wsparcia danego uczestnika na podstawie analizy Pani/Pana sytuacji społeczno-ekonomicznej.
3. Podstawę prawną przetwarzania danych stanowi: art. 6 ust 1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e i lit. f Rozporządzenia RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa, w tym realizatorzy projektu „„Opiekuńcze skrzydła powiatu” oraz podmioty i osoby działające na zlecenie realizatorów.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres realizacji działań w ramach projektu „Opiekuńcze skrzydła powiatu”, oraz wymagany okres archiwizacji.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do treści danych; sprostowania danych; ograniczenia przetwarzania danych; żądania zaprzestania przetwarzania, prawo do przenoszenia danych; prawo do wniesienia sprzeciwu.
8. Jeżeli Pan/Pani wyraził/a zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie co pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych.
10. Wyrażenie zgody na przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest dobrowolne, lecz nie wyrażenie zgody jest równoznaczne z brakiem możliwości skorzystania z usług świadczonych w ramach projektu „Opiekuńcze skrzydła powiatu”.

………………………………………………………………………………….

(Data i podpis kandydata)

|  |  |
| --- | --- |
| **Charakterystyka środowiska rodzinnego**, z uwzględnieniem warunków bytowych rodziny (Stan techniczny lokalu, dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej) |  |
| **Informacje o członkach rodziny**zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie(jeśli dotyczy) | Imię i nazwisko | Wiek | Stan cywilny | Stopień pokrewieństwa | Pozycja na rynkupracy | Stan zdrowia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Relacje z rodziną mieszkającą oddzielnie(Czy utrzymuje P. kontakt z rodziną? Jeśli tak, to z kim, jak często, w jakiej formie? Czy ktoś z rodziny odwiedza P.?) |  |
| **W przypadku ubiegania się o usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania:** | Tak | Nie |
| Osoba jest samotna w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a jednocześnie pozbawiona pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości; |  |  |
| Osoba samotnie gospodarująca w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a jednocześnie wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości; |  |  |
| Osoba w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. |  |  |
| **Charakterystyka sytuacji materialnej**(Łączny dochód w rodzinie, wysokość dochodu na osobę, Stałe, miesięczne wydatki osoby/rodziny, w tym związane z opłatami, wydatkami na leki itp.) |   |
| Czy osoba z niepełnosprawnością i/lub osoba niesamodzielna nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. 701x150%=1051,50zł dla osoby samotnie gospodarującej, 528,00x150%=792,00zł dla osoby w rodzinie | Tak | Nie |
| Czy osoba z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielna, niespełniająca kryterium dochodowego, ze względu na sytuację materialną i specyfikę grupy docelowej kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach projektu | Tak | Nie |
| **Stan zdrowia, w tym kwestie związane z poruszaniem się**(- Jak postrzega P. swój stan zdrowia? Czy leczy się P? Czy przyjmuje P. leki? Czy zdarzają się P. upadki? Jak często?- Kiedy powstała niepełnosprawność? Jaka jest jej przyczyna?- Czy posiada P. orzeczenie o niepełnosprawności? Jaki jest orzeczony stopień niepełnosprawności? - Czy może się P. poruszać samodzielnie? Jeśli nie to jakie występują ograniczenia?- Czy samodzielnie opuszcza P. mieszkanie? Czy ktoś P. towarzyszy, pomaga w wychodzeniu na zewnątrz?) |  |
| **Osoba z niepełnosprawnością,** **w stopniu:**  | 🞐 lekki 🞐 umiarkowany 🞐 znaczny |
| **Odżywianie się.**Czy jada P. regularnie? Czy jest wśród nich ciepły posiłek? Czy musi P. stosować dietę? Jeśli tak, to jaką? Czy samodzielnie przygotowuje P. posiłki?  |  |
| **Codzienne funkcjonowanie, w tym analiza wykonywania czynności dnia codziennego**(Jak ocenia P. swoją samodzielność w prowadzeniu gospodarstwa domowego, czynności samoobsługowych, załatwianiu spraw urzędowych? Które z czynności wykonuje P. samodzielnie: pranie, sprzątanie, zakupy, gotowanie?)w przypadku ubiegania się o usługi opiekuńcze – obligatoryjnie Zał. Nr 1  |  |
| **Osoba niesamodzielna** | 🞐 tak 🞐 nie  |
| **Zainteresowania, umiejętności, talenty – potencjał i predyspozycje**(Jak lubi P. spędzać czas? Co P. zazwyczaj robi? Czym się P. interesuje? Czy ma P. możliwość realizowania zainteresowań?W czym jest P. dobry?) |  |
| **Sposób spędzania czasu,** **utrzymywanie kontaktów z innymi.**Czy spotyka się P. ze znajomymi? Jeśli tak, to gdzie, jak często? Co robicie wspólnie? Czy ktoś P. odwiedza? Jak często?Czy korzysta P. z zajęć świetlicy, klubu seniora itp.? Jak często, w jakich zajęciach? Co stoi na przeszkodzie uczęszczania na zajęcia?) |  |
| **Aktywność zawodowa – zasoby**(Jakie ma P. wykształcenie? Czy ma P. ukończone kursy, szkolenia, jakie? Czy P. pracuje, pracował/a.? Jakie są P. zainteresowania zawodowe? Czy/ jaką praca jest P. zainteresowany? Które z P. zainteresowań, umiejętności, zdolności mogłyby być przydatne w pracy? |  |
| **Potrzeby**(Co chciałby/aby P. zmienić w swoim życiu, w swojej sytuacji? Co według P. jest konieczne, aby taka zmiana zaszła? Jakiej pomocy P. oczekuje, potrzebuje? |  |
| **Sytuacja problemowa,** która może zostać rozwiązana/złagodzona dzięki interwencji i wsparciu w ramach projektu |  |
| **Liczba punktów za spełnienie kryteriów premiujących** (obliczana na podstawie formularza zgłoszeniowego i przedstawionych zaświadczeń/ oświadczeń) |  |

……………………………………………. ……………………………………………………………………………………

 Data podpis pracownika socjalnego

Zał. Nr 1

Imię i nazwisko osoby badanej: ……………………………………………………………………………………………………………

Data badania: ………………………………………………..

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL (SKALA KATZA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Opis** | **Pacjent samodzielny** |
| TAK | NIE |
| Kąpiel  | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic |  |  |
| Ubieranie się  | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek |  |  |
| Korzystanie z toalety | Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)  |  |  |
| Poruszanie się | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| Kontrolowane wydalanie moczu i stolca | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| Jedzenie | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |

**SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pytanie** | **Pacjent samodzielny** |
| TAK | NIE |
| Czy potrafisz korzystać z telefonu sam lub z niewielką pomocą?  |  |  |
| Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru sam lub z niewielką pomocą? |  |  |
| Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze sam lub z niewielką pomocą? |  |  |
| Czy możesz sam przygotować posiłki sam lub z niewielką pomocą? |  |  |
| Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie) sam lub z niewielką pomocą? |  |  |
| Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu sam lub z niewielką pomocą? |  |  |
| Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy sam lub z niewielką pomocą?  |  |  |
| Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki sam lub z niewielką pomocą?  |  |  |
| Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi sam lub z niewielką pomocą?  |  |  |

…………………………………………………………….

Podpis pracownika przeprowadzającego wywiad