**Załącznik nr 1 do Umowy trójstronnej dot. usługopiekuńczych w ramach projektu dofinansowanego z Funduszy Europejskich pn. „Gmina Choceń wspiera niesadzmodzielnych” z dnia…………………………………………**

1. Zalecany zakres wsparcia dla Uczestnika Projektu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania:** | **Zaznaczyć**  **X** |
| 1. pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem lub dostarczaniem posiłków, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu, czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników, dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego, pomoc przy przemieszczaniu się); |  |
| **b.** opieka higieniczna (np. czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmianę pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej, zmianę bielizny pościelowej, układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji); |  |
| **c.** pielęgnacja zalecana przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej; |  |
| **d.** zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną, ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług, czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej). |  |
| **e.** elementy usług opiekuńczych o charakterze towarzyszącym |  |
| **f.** inne (jakie?) ……………………………………………………..…………………………………………………………………..… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |

1. Miejsce świadczenia usług *(adres Uczestnika Projektu)*: …………………………………………………………

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

1. Wymiar świadczenia usług opiekuńczych - średnio ……………. godzin tygodniowo/miesięcznie1

Preferowane dni tygodnia świadczenia usług opiekuńczych 2: …………….…………………….…………… ………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

Preferowane godzin świadczenia usług2 *(wpisać zakres godzin lub porę dnia np. 12:00-14:00, lub godz. dopołudniowe, godz. popołudniowe)*…………………………… ……………………………………….

Termin rozpoczęcia świadczenia usługi: ……………………………………………………………………………….

Termin zakończenia świadczenia usługi: dzień zakończenia realizacji projektu, tj. 31 październik 2022 roku.