



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

*Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”- finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

***Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji  
Uczestnika oraz Mieszkańca  
do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ulanowie***

## **Wniosek o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ulanowie**

Nisko, dnia.....

### **Dane osoby składającej wniosek/ Przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\***

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu)

### **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku**

### **WNIOSEK O PRZYJĘCIE do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Ulanowie**

Proszę o przyjęcie mnie do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego w Ulanowie i objęcie mnie wsparciem w ramach pobytu dziennego / całodobowego\*

Oświadczam, iż posiadam orzeczenie o\*

- 1) znacznym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2) umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 3) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności<sup>1</sup> w rozumieniu ww. ustawy.

\* właściwe podkreślić

---

<sup>1</sup>Zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis uczestnika/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\*)

**W załączeniu przedkładam:**

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – obowiązkowe, w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego.
3. Karta oceny kierowanego do objęcia opieką w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Ulanowie.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do zamieszkania w Centrum oraz zakresie wymaganych usług opiekuńczych.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”- finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik nr 1 do wniosku o przyjęcie  
do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego  
w Ulanowie*

## KARTA OCENY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNEGO W ULANOWIE

### 1. OCENA KIEROWANEGO DO OBJĘCIA OPIEKĄ W CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNYM W ULANOWIE WG SKALI OPARTEJ NA SKALI BARTHEL

IMIĘ I NAZWISKO.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

PESEL.....

| LP. | CZYNNOŚCI*                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wynik** |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1.  | <b>Spożywanie posiłków:</b><br>0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przetykać<br>5 - potrzebuje pomoc w krojeniu, karmieniu doustnym, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety<br>10 - osoba samodzielna, niezależna                                                                         |         |
| 2.  | <b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b><br>0 - nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu lub siedzeniu<br>5 - większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby<br>10 - mniejsza pomoc ( słowna lub fizyczna)<br>15 - osoba samodzielna                  |         |
| 3.  | <b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b><br>0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, nie jest w stanie wykonywać żadnych czynności higienicznych<br>5 - potrzebuje pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych<br>10 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami) |         |
| 4.  | <b>Korzystanie z toalety /WC/</b><br>0 - zależny<br>5 - potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety<br>10 - niezależny, samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu, zakładaniu                                                                                                 |         |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                | części garderoby                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 5.                                             | <b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b><br>0 - zależny<br>5 - wymaga częściowej pomocy<br>10 - niezależny /samodzielny                                                                                                                                          |  |
| 6.                                             | <b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b><br>0 - w ogóle nie porusza się<br>5 - porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby<br>10 - samodzielny/niezależny, w poruszaniu się na odległość |  |
| 7.                                             | <b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b><br>0 - nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby<br>5 - potrzebuje pomocy fizycznej, asekuracji, przenoszenia<br>10 - samodzielny                                           |  |
| 8.                                             | <b>Ubieranie się i rozbieranie:</b><br>0 - zależny, potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby<br>5 - potrzebuje częściowej pomocy innej osoby<br>10 - niezależny, samodzielny (także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)                       |  |
| 9.                                             | <b>Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu:</b><br>0 - nie panuje nad oddawaniem stolca<br>5 - sporadycznie bezwiednie popuszcza (zdarzenia przypadkowe)<br>10 - panuje i kontroluje oddawanie stolca                                                       |  |
| 10.                                            | <b>Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego:</b><br>0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to nie jest niesamodzielny<br>5 - czasami bezwiednie oddaje mocz (zdarzenia przypadkowe)<br>10 - kontroluje oddawanie moczu       |  |
| <b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b> |                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

Skala:

I. 86 - 100 pkt. – stan pacjenta „lekki”

II. 21 - 85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”

III. 0 - 20 pkt. - stan pacjenta „bardzo ciężki”

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych, tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data, pieczęć, podpis lekarza)

\* w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* / wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\*/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów.



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

*Program „Centra Opiekuńczo-Mieszkalne”- finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

*Załącznik nr 2 do wniosku o przyjęcie  
do Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnego  
w Ulanowie*

.....  
(pieczęć nagłówkowa/)

..... dnia .....  
(miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o braku przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia**  
**w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Ulanowie oraz zakresie wymaganych usług**  
**opiekuńczych**

1. Imię i Nazwisko .....

2. Adres .....

3. Wiek .....

4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w grupowych i indywidualnych terapeutycznych zajęciach wspierająco - aktywizujących w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Ulanowie.

Jeżeli TAK wymienić jakie.

.....  
.....  
.....  
.....

**TAK\***

**NIE\***

5. Czy w/w jest osobą, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga częściowej/całkowitej\* opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

**TAK\***

**NIE\***

6. Konieczność stosowania diety  
Jeżeli TAK wymienić jakiej.

.....  
.....  
.....  
.....

**TAK\***

**NIE\***

7. Osoba wymaga przyznania usług w Centrum Opiekuńczo - Mieszkalnym w Ulanowie w formie\*:

**1) Pobytu dziennego:**

- ✓ z usługami opiekuńczymi,
- ✓ z usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi,
- ✓ z usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją,
- ✓ z usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją

**2) Pobytu całodobowego:**

- ✓ z usługami opiekuńczymi,
- ✓ usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi,
- ✓ z usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją,
- ✓ z usługami opiekuńczymi oraz specjalistycznymi usługami opiekuńczymi wraz z rehabilitacją.

8. Informacja o sprawności osoby w zakresie lokomocji

.....  
.....  
.....

Faktyczny stan zdrowia i aktualnie przyjmowane leki:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* zaznaczyć właściwe