

Załącznik nr 2 a do umowy nr.....z dnia.....

**Indywidualna Karta Usług
w zakresie świadczenia usług opiekuńczych**

część I. - Podstawowe dane

Imię i nazwisko klienta

Adres zamieszkania.....

Rejon

Wymiar godzin usług opiekuńczych

Okres realizacji usług opiekuńczych od dnia do dnia

Nazwa firmy świadczącej usługi

Adres firmy **tel.**

Imię i nazwisko pracownika socjalnego prowadzącego klienta

..... **tel.**

Adres Komórki Organizacyjnej

Skrócony opis stanu zdrowia klienta

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

Inne uwagi dotyczące klienta/ewentualne wskazówki dotyczące potrzeb opiekuńczych

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

Część II. - Indywidualny zakres usług opiekuńczych

lp	Nazwa czynności	Częstotliwość
1.	Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych	
Czynności żywieniowe:		
	a) przygotowanie lub dostarczanie posiłków (w tym minimum jednego gorącego) oraz produktów żywnościowych na pozostałą część dnia, z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności;	
	b) pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie o ile wymaga tego stan zdrowia klienta.	
Czynności gospodarcze:		
	a) przynoszenie opału, palenie w piecu	
	b) sprzątanie:	
	-utrzymywanie w czystości najbliższego otoczenia	
	-wynoszenie śmieci	
	-utrzymywanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych	
	- mycie okien	
	c) utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych	
	d) utrzymywanie w czystości sprzętu pomocniczego ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek inwalidzki, balkonik, podnośnik)	
	e) robienie zakupów	
	f) pranie odzieży, bielizny pościelowej, niezbędne prasowanie lub zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni.	
Czynności organizacyjne:		
	a) ustalanie wizyt lekarskich i towarzyszenie w nich jeżeli zachodzi taka potrzeba	w razie potrzeby
	b) realizacja recept lekarskich	w razie potrzeby
	c) załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach	w razie potrzeby
	d) pomoc w regulowaniu opłat (na życzenie)	w razie potrzeby
	e) pomoc w organizacji czasu wolnego	
	f) zgłaszanie do naprawy urządzeń i instalacji domowych,	
	inne czynności wynikające z uzasadnionych indywidualnych potrzeb klienta	w razie potrzeby
II.	Opieka higieniczna	

Czynności higieniczne:		
	a) pomoc w utrzymaniu higieny: mycie ciała, mycie głowy, kąpiel	
	b) czesanie	
	c) obcinanie paznokci	
	d) golenie	
	e) zmiana pielucho- majtek	
	f) higiena jamy ustnej/czyszczenie protez zębowych	
	Zmiana bielizny osobistej i pościelowej	
	Słanie łóżka	
	Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb klienta	
III.	Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:	
	Inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym.	w razie potrzeby
	Organizacja wyjść z mieszkania.	w razie potrzeby
	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych w tym religijnych.	w razie potrzeby
	Inne czynności wynikające z uzasadnionych indywidualnych potrzeb klienta	w razie potrzeby
	Dodatkowe usługi zaproponowane przez Wykonawcę	

.....
Podpis pracownika socjalnego

.....
Podpis klienta

.....
Podpis Kierownika Działu /Rejonu/Sekcji

Uwagi:

1. W przypadku zmiany liczby godzin usług opiekuńczych lub innych danych Indywidualna Karta Usług może ulec zmianie.
2. Indywidualna Karta Usług zostanie sporządzona w trzech egzemplarzach: **jedna** pozostaje u klienta, **druga** przekazana zostaje do firmy świadczącej usługi, **trzecia** jest dołączona do wywiadu środowiskowego.