

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

**Indywidualna Karta Wsparcia  
w zakresie świadczenia usług opieki i wsparcia**

**część I. - Podstawowe dane**

**Imię i nazwisko klienta** .....

Okres realizacji usług opieki i wsparcia opiekuńczych od dnia ..... do dnia .....

**Imię i nazwisko opiekuna mieszkania chronionego** .....

**tel.** .....

Adres Komórki Organizacyjnej .....

**Skrócony opis stanu zdrowia klienta**

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

**Inne uwagi dotyczące klienta/ewentualne wskazówki dotyczące potrzeb opiekuńczych**

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

## Część II. - Indywidualny zakres wsparcia

| lp | Nazwa czynności   | Uwagi |
|----|---|-------|
| 1. | Pomoc w spożywaniu posiłków/karmienie   |       |
|    | Pomoc w utrzymaniu higieny/wykonywanie czynności higienicznych w tym zmiana pielucho – majtek |       |
|    | Zmiana bielizny pościelowej   |       |
|    | Ustalanie wizyt lekarskich/ ustalenie wizyt lekarskich i towarzyszenie w nich                 |       |
|    | Realizacja recept lekarskich oraz pilnowanie przyjmowania leków                               |       |
|    | Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych w tym religijnych                                      |       |
|    | Organizacja czasu wolnego   |       |
|    | Zapewnienie kontaktu z rodziną  |       |
|    | Inne czynności  |       |
|    |   |       |

.....  
Podpis pracownika socjalnego

.....  
Podpis klienta

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

### Uwagi:

Indywidualna Karta Wsparcia zostanie sporządzona w dwóch egzemplarzach: jeden zostanie przekazany Wykonawcy, drugi zostanie dołączony do wywiadu środowiskowego.