

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 dniado 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.