





Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

<b>PRZEZNACZENIE PLACÓWKI</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Ze względu na płeć:<ol style="list-style-type: none"><li>a) kobiet</li><li>b) mężczyzn</li><li>c) dzieci</li></ol></li> <li>2) Ze względu na cechy szczególne:<ol style="list-style-type: none"><li>a) osób starszych</li><li>b) somatycznie chorych</li><li>c) niepełnosprawnych intelektualnie</li><li>d) niepełnosprawnych fizycznie</li><li>e) psychicznie chorych</li><li>f) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie</li><li>g) chorych na Alzheimera</li><li>h) chorych na Parkinsona</li><li>i) dla osób leżących</li><li>j) inne.....</li></ol></li> <li>3) Dla osób sprawnych umysłowo:<ol style="list-style-type: none"><li>a) tak</li><li>b) nie</li></ol></li> <li>4) Dla osób niepełnosprawnych fizycznie:<ol style="list-style-type: none"><li>a) tak</li><li>b) nie</li></ol></li></ol>
<b>ZAKRES USŁUG ŚWIADCZONYCH W PLACÓWCE</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Opieka lekarska..... ..... .....</li> <li>2) Opieka pielęgniarska:<ol style="list-style-type: none"><li>a) w dzień: pielęgniarek i / lub opiekunek</li><li>b) w nocy: pielęgniarek i / lub opiekunek</li></ol></li> <li>3) Rehabilitacja w placówce:<ol style="list-style-type: none"><li>a) tak</li><li>b) nie</li></ol>- rodzaje rehabilitacji: ..... ..... .....</li> <li>4) Terapia zajęciowa:<ol style="list-style-type: none"><li>a) tak</li><li>b) nie</li></ol>- rodzaje terapii: ..... ..... .....</li></ol>



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

	5) Inne usługi: ..... ..... ..... .....
--	--

1	<b>CZY PLACÓWKA ŚWIADCZY PRZEZ CAŁĄ DOBĘ USŁUGI OPIEKUŃCZE,</b> Jeśli TAK, podać w jakim zakresie pkt. 1.a. – 2.e.	TAK	NIE
1.a.	UDZIELANIE POMOCY W PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCIACH ŻYCIOWYCH	TAK	NIE
1.b.	PIELĘGNACJĘ, W TYM W CZASIE CHOROBY	TAK	NIE
1.c.	OPIEKĘ HIGIENICZNĄ	TAK	NIE
1.d.	NIEZBĘDNĄ POMOC W ZAŁATWIANIU SPRAW OSOBISTYCH	TAK	NIE
1.e.	KONTAKTY Z OTOCZENIEM	TAK	NIE
2	<b>CZY PLACÓWKA ŚWIADCZY PRZEZ CAŁĄ DOBĘ USŁUGI BYTOWE</b> Jeśli TAK, podać w jakim zakresie pkt. 2.a. – 2.c.	TAK	NIE
2.a.	MIEJSCE POBYTU	TAK	NIE
2.b.	WYŻYWIENIE	TAK	NIE
2.c.	UTRZYMANIE CZYSTOŚCI	TAK	NIE
3.	<b>CZY PLACÓWKA PRZY ŚWIADCZENIU USŁUG UWZGLĘDNI:</b>		
3.a.	STAN ZDROWIA UCZESTNIKA	TAK	NIE
3.b.	SPRAWNOŚĆ FIZYCZNĄ	TAK	NIE
3.c.	SPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNĄ	TAK	NIE
3.d.	INDYWIDUALNE POTRZEBY I MOŻLIWOŚCI UCZESTNIKA	TAK	NIE
3.e.	PRAWA CZŁOWIEKA, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI: PRAWO DO GODNOŚCI, WOLNOŚCI, INTYMNOŚCI I POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA	TAK	NIE
4.	<b>FORMY USŁUG OPIEKUŃCZYCH – CZY PLACÓWKA ZAPEWANIA:</b>		
4.a.	POMOC W CZYNNOŚCIACH ŻYCIA CODZIENNEGO, W TYM W MIARĘ POTRZEBY POMOC W UBIERANIU SIĘ, JEDZENIU, MYCIU I KĄPANIU	TAK	NIE
4.b.	ORGANIZACJĘ CZASU WOLNEGO	TAK	NIE
4.c.	POMOC W ZAKUPIE ODZIEŻY I OBUWIA	TAK	NIE



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

4.d.	PIELĘGNACJĘ W CHOROBIĘ ORAZ POMOC W KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	TAK	NIE
	<b>WARUNKI DOTYCZĄCE MIEJSCA POBYTU</b>		
5	<b>BUDYNEK I JEGO OTOCZENIE – BEZ BARIER ARCHITEKTONICZNYCH</b> Uwagi:	TAK	NIE
6	<b>JEŚLI BUDYNEK JEST WIELOKONDYGNACYJNY BEZ DŹWIGÓW OSOBOWYCH</b> (nie ma zastosowania do placówek, w których przebywa nie więcej niż 5 osób, jeżeli placówki te są wyposażone w urządzenie do przemieszczania osób niepełnosprawnych, a łazienki i toalety znajdują się na tej samej kondygnacji, na której znajdują się pokoje mieszkalne), <b>CZY NA PARETRZE ZNAJDUJĄ SIĘ:</b>	TAK	NIE
6.a.	POKÓJ DZIENNEGO POBYTU SŁUŻĄCY JAKO JADALNIA	TAK	NIE
6.b.	POKOJE MIESZKALNE	TAK	NIE
6.c.	POMIESZCZENIE POMOCNICZE DO PRANIA I SUSZENIA	TAK	NIE
6.d.	JEDNA ŁAZIENKA DLA NIE WIĘCEJ NIŻ 5 OSÓB	TAK	NIE
6.e.	JEDNA TOALETA DLA NIE WIĘCEJ NIŻ 4 OSÓB	TAK	NIE
7	<b>CZY ŁAZIENKA ORAZ TOALETA WYPOSAŻONA JEST W UCHWYTY UŁATWIAJĄCE OSOBOM MNIEJ SPRAWNYM KORZYSTANIE Z TYCH POMIESZCZEŃ</b>	TAK	NIE
8	<b>CZY PLACÓWKA POSIADA POKOJE MIESZKALNE, NIE WIĘCEJ NIŻ 3 OSOBOWE</b> Jeśli NIE, podać ilu osobowe są pokoje ....., jeśli TAK wypełnić pkt. 9.a. – 9.b.  <i>(*dopuszczalne odstępstwo od w/w powierzchni nie większe niż 5%. Jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące może być on czteroosobowy, a jego powierzchnia nie może być mniejsza niż 6 m<sup>2</sup> na osobę)</i>	TAK	NIE
8.a.	POKÓJ JEDNOOSOBOWY – POWIERZCHNIA NIE MNIEJ NIŻ 9 m.kw.	TAK	NIE
8.b.	POKÓJ DWU I TRZY – OSOBOWY – POWIERZCHNIA NIE MNIEJ NIŻ po 6 m.kw. na osobę		
9	<b>WYPOSAŻANIE POKOJU MIESZKALNEGO, CZY POKÓJ POSIADA DLA KAŻDEJ OSOBY:</b>		
9.a.	ŁÓZKO LUB TAPCZAN	TAK	NIE



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

9.b.	SZAFĘ	TAK	NIE
9.c.	STÓŁ	TAK	NIE
9.d.	KRZESŁA	TAK	NIE
9.e.	SZAFKĘ NOCNA	TAK	NIE
10	<b>CZY PLACÓWKA ZAPEWNI CO NAJMNIEJ 3 POSIŁKI DZIENNE, W TYM POSIŁKI DIETETYCZNE (ZGODNIE ZE WSKAZANIEM LEKARZA)</b>	TAK	NIE
11	<b>CZY PLACÓWKA ZAPEWNI PRZERWĘ POMIĘDZY POSIŁKAMI NIE KRÓTSZĄ NIŻ 4 GODZINY, PRZY CZYM OSTATNI POSIŁEK NIE POWINIEN BYĆ PODAWANY WCZEŚNIEJ NIŻ O GODZINIE 18:00</b>	TAK	NIE
12	<b>CZY PLACÓWKA ZAPEWNI DOSTĘP DO DROBNYCH POSIŁKÓW I NAPOJÓW MIĘDZY POSIŁKAMI</b>	TAK	NIE
13	<b>CZY PLACÓWKA ZAPEWNI MOŻLIWOŚĆ SPOŻYWANIA POSIŁKÓW W POKOJU MIESZKALNYM, A W RAZIE POTRZEBY KARMIENIE</b>	TAK	NIE
14	<b>CZY PLACÓWKA ZAPEWNI ŚRODKI HIGIENY OSOBISTEJ, ŚRODKI CZYSTOŚCI, PRZYBORY TOALETOWE I INNE PRZEDMIOTY NIEZBĘDNE DO HIGIENY OSOBISTEJ</b>	TAK	NIE
15	<b>CZY PLACÓWKA ZAPEWNI SPRZĄTANIE POMIESZCZEŃ, W MIARĘ POTRZEBY – NIE RZADZIEJ NIŻ RAZ DZIENNIE</b>	TAK	NIE
16	<b>CZY PLACÓWKA UDOSTĘPNI W WIDOCZNYM MIEJSCU W BUDYNKU, W KTÓRYM PROWADZI PLACÓWKĘ - NA TABLICY OGŁOSZEŃ INFORMACJE DOTYCZĄCE:</b>		
16.a.	a) zakresu działalności prowadzonej w placówce	TAK	NIE
16.b.	b) podmiotu prowadzącego placówkę, w tym informacje o siedzibie lub miejscu zamieszkania podmiotu	TAK	NIE
17	<b>CZY PLACÓWKA ZATRUDNIA DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI OPIEKUŃCZYCH:</b>		
17.a.	OSOBY POSIADAJĄCE DYPLOM POTWIERDZAJĄCY UZYSKANIE KWALIFIKACJI W ZAWODZIE ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ / PIELĘGNIARKA LUB INNYM, ZAPEWNIAJĄCYM REALIZACJĘ USŁUGI OPIEKI WYTCHENIOWEJ W ZAKRESIE ADEKWATNYM DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (WYNIKAJĄCYCH Z KARTY ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU PODEJRZEWAM, ŻE GŁÓWNIENIE CHODZI O: WRAZ Z KARTĄ FIM)  Uwagi:	TAK	NIE



Zadanie realizowane w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej ze środków Funduszu Solidarnościowego

17.b.	<p>OSOBY Z PRZYNAJMNIEJ ŚREDNIM WYKSZTAŁCENIEM POSIADAJĄCE CO NAJMNIEJ ROCZNE UDOKUMENTOWANE DOŚWIADCZENIE W UDZIELANIU BEZPOŚREDNIEJ POMOCY / OPIEKI OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM</p> <p>Uwagi:</p>	TAK	NIE
-------	---	-----	-----

**INNE WAŻNE INFORMACJE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Załączniki:**

1. Regulamin / statut Placówki.
2. Informację z krajowego rejestru karnego o niekaralności osoby, która będzie kierowała placówką, i zaświadczenie, że ze względu na stan zdrowia jest ona zdolna do prowadzenia placówki,
3. Oświadczenie, że nie został prawomocnie ukarany za czyny, o których mowa w art. 130 ust. 4–6, w okresie 5 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki;
4. Oświadczenie, że nie został prawomocnie ukarany za czyny, o których mowa w art. 130 ust. 4–6, w okresie 5 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie placówki – *oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu uprawnionego do odebrania oświadczenia o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

Data, podpis i pieczęć przedstawiciela / -li OPS:

.....

.....

.....

.....

Data, podpis i pieczęć przedstawiciela Placówki:

.....