|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Logo-Małopolska-szraf-H |  |  |

**Karta wizyty adaptacyjnej w miejscu zamieszkania uczestnika Innowacji Społecznej
„Mobilne Centrum Pomocy Dla Osób Starszych”**

|  |
| --- |
| **Ogólne informacje o uczestniku Innowacji Społecznej** |
| **Imię i nazwisko uczestnika Innowacji Społecznej** |  | **Data wizyty adaptacyjnej** |  |
| **Wiek w chwili przystąpienia do udziału** |  | **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  | **Gmina** |  |
| **Stan cywilny** |  | **Stopień niepełnosprawności** |  |
| **Przesłanki udziału w Innowacji Społecznej** | **€** Wiek | **€** Choroba | **€** Samodzielnie prowadzi gospodarstwo domowe | **€** Niepełnosprawność | **€** Samotność, wykluczenie społeczne  | **€** Inne |
| **Wykształcenie** | **€** Brak  | **€**Podstawowe | **€** Gimnazjalne | **€** Ponadgimnazjalne | **€** Pomaturalne | **€** Wyższe  |
| **Ogólna sytuacja mieszkaniowa i komunikacyjna uczestnika Innowacji Społecznej** |
| **Czy uczestnik IS samodzielne prowadzi gospodarstwo domowe** | **€** Tak | **€** Nie  | **Czy uczestnik IS dysponuje własnym lokalem mieszkalnym?** | € Tak | € Nie |
| **Czy mieszkanie jest wolne od barier architektonicznych** | **€** Tak | **€** Nie | **Czy uczestnik IS dysponuje własnym środkiem transportu?** | € Tak | € Nie |
| **Na kogo Pan/i może liczyć w przypadku konieczności przemieszczenia się**  | **€** Rodzina  | **€** Sąsiedzi | **€** Znajomi | **€** Na siebie | **€** Nie ma takiej osoby | **€** Odmawiam odpowiedzi |
| **Oddalenie od najbliższego przystanku komunikacji zbiorowej**  | **€** do 500 m | **€** do 1 km | **€** powyżej 1km | **€** trudno określić | **€**  | **€**  |
| **Samoocena ogólnej sytuacji i predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych oraz preferencji żywieniowych** |
| **Pytania do samooceny** | **Uwagi** |
| **Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan zdrowia?** | **€** Bardzo dobrze | **€** Dobrze | **€** Zadawalająco | **€** Źle | **€** Odmawiam odpowiedzi |  |
| **Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan psychofizyczny?** | **€** Bardzo dobrze | **€** Dobrze | **€** Zadawalająco | **€** Źle | **€** Odmawiam odpowiedzi |  |
| **Jak ocenia Pan/i swoją aktualną sytuację prawną?** | **€** Bardzo dobrze | **€** Dobrze |  **€** Zadawalająco | **€** Źle | **€** Odmawiam odpowiedzi |  |
| **Jak ocenia Pan/i swoje nawyki żywieniowe?** | **€** Bardzo dobrze | **€** Dobrze |  **€** Zadawalająco | **€** Źle | **€** Odmawiam odpowiedzi |  |
| **Jak ocenia pan/i swoją kondycję fizyczną?** | **€** Bardzo dobrze | **€** Dobrze |  **€** Zadawalająco | **€** Źle | **€** Odmawiam odpowiedzi |  |
| **Jestem zainteresowana(y) następującym rodzajem wsparcia:** |
| **Konsultant ds. IPD** |  | **Coach ds. Senioralnych** |  | **Dietetyk Osób Starszych** |  |
| **Prawnik** |  | **Specjalista ds. Uspraw -Ruchowych**  |  | **Specjalista ds. Budżetu Domowego** |  |
| **Indywidualne oczekiwania uczestnika IS:** |  |  |  |
| **Jaki przedział godzinowy wizyt indywidualnego wsparcia najbardziej odpowiada Panu/i?** | **€** 9.00 – 12.00 | **€** 12.00 -15.00 | **€** 15.00 – 18.00 | **€** 18.00 – 21.00 |

Podpisy osób uczestniczących w wizycie adaptacyjnej:

……………………………………………. ………………………………………………… …………………………………………….

(Reprezentant Stowarzyszenia KLUCZ) (Reprezentant Wolontariuszy) (Uczestnik Innowacji Społecznej)