|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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)