

### Formularz wywiadu pogłębionego.

1. Wywiad przeprowadził/a: \_\_\_\_\_ .
2. Wywiad przeprowadzono w dniu \_\_\_\_\_ z niżej wskazaną osobą wnioskującą o pobyt w mieszkaniu wspomagany:

Imię i nazwisko Uczestnika projektu:	PESEL Uczestnika projektu:

3. Data i miejsce urodzenia osoby wnioskującej \_\_\_\_\_ .
4. Adres zamieszkania osoby wnioskującej:  
Ulica, nr domu/nr lokalu \_\_\_\_\_,  
Kod pocztowy, miejscowość \_\_\_\_\_ .
5. Numer telefonu kontaktowego \_\_\_\_\_ .
6. Czy jest Pani/Pan osobą z niepełnosprawnościami:
- NIE**
- TAK**
- stopień znaczny / I grupa inwalidzka / całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji / stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego.
- stopień umiarkowany / II grupa inwalidzka / częściowa niezdolność do pracy na orzeczeniu wydanym w okresie od 1 stycznia do 16 sierpnia 1998 r. / całkowita niezdolność do pracy.
- stopień lekki/ częściowa niezdolność do pracy / III grupa inwalidzka / stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

7. Czy uczestniczy Pani/Pan w programie terapeutycznym (np. uczestnictwo w ŚDS, WTZ, DPS, ZAZ) lub uczestniczy w zajęciach w Klubie Seniora? (proszę wpisać, jeśli dotyczy):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

8. Proszę wskazać miejsce pracy/miejsce zarobkowania (wpisać jeśli dotyczy):  
\_\_\_\_\_ .

9. Proszę wskazać, które czynności dnia codziennego wymagają wsparcia osoby drugiej (np. ubieranie, czynności w zakresie higieny ciała, przyrządzanie posiłków, sprząatanie):  
\_\_\_\_\_ .

10. Na dzień składania wniosku zamieszkuje Pani/Pan w gospodarstwie domowym (proszę zaznaczyć właściwe):

samotnie prowadzę gospodarstwo domowe	
prowadzę gospodarstwo domowe wyłącznie z małżonkiem	
prowadzę gospodarstwo domowe z małżonkiem i dzieckiem/dziećmi	
prowadzę gospodarstwo domowe wyłącznie z dzieckiem/dziećmi	

11. Proszę wskazać osoby zamieszkujące z Panią/Panem we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym osoby niepełnosprawne):

Lp.	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Rok urodzenia	Niepełnosprawność	
				TAK	NIE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

12. Czy korzysta Pani/Pan ze świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych w miejscu zamieszkania przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub inny personel medyczny:

- NIE  
 TAK

Jeżeli tak, to kto realizuje świadczenia ?

\_\_\_\_\_.

13. Czy korzysta Pani/Pan z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej):

- NIE  
 TAK

Jeżeli tak, to kto udziela pomocy ?

\_\_\_\_\_.

Jaki jest rodzaj tej pomocy? (pomoc w wykonywaniu czynności w gospodarstwie domowym, finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa, itp.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

14. Czy korzysta Pani/Pan z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych?

- NIE  
 TAK

15. Jaki jest preferowany przez Panią termin przebywania w mieszkaniu wspomaganym?

---

16. W razie sytuacji nagłych kogo należy powiadomić – imię i nazwisko, numer telefonu:

---

Oświadczam, że podane w powyższym formularzu są prawdziwe.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Uczestnika projektu<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> W przypadku, w którym Uczestnik Projektu posiada jedynie ograniczoną zdolność do czynności prawnych formularz wypełniany jest przez Uczestnika za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku, w którym Uczestnik Projektu nie posiada zdolności do czynności prawnych, formularz wypełniany jest w jego imieniu przez przedstawiciela ustawowego Uczestnika.