

Załącznik nr 5

do Regulaminu pobytu w mieszkaniu treningowym

**Program usamodzielnienia mieszkańca mieszkania treningowego  
w ramach projektu „Wspieramy ducha samodzielności i sprawczości. Deinstytucjonalizacja usług  
społecznych w ramach powiatu kępińskiego”  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Regionalnego Fundusze  
Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027**

**I. Dane mieszkańca:**

Imię i nazwisko mieszkańca: .....

Telefon: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zameldowania na pobyt stały:

.....  
.....  
.....

Sytuacja zdrowotna:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności: Tak / Nie

<b>Przyczyna niepełnosprawności (kod) - PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZGODNIE Z ORZECZENIEM</b>	
<input type="checkbox"/>	05 - R - narząd ruchu
<input type="checkbox"/>	04 - O - narząd wzroku
<input type="checkbox"/>	03 - L - zaburzenie głosu, mowy i choroby słuchu
<input type="checkbox"/>	01 - U - upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/>	07 - S - choroby układu oddechowego i krążenia
<input type="checkbox"/>	10 - N - choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/>	09 - M - choroby układu moczowo-płciowego
<input type="checkbox"/>	02 - P - choroby psychiczne
<input type="checkbox"/>	06- E - epilepsja

<input type="checkbox"/> 08 - T - choroby układu pokarmowego
<input type="checkbox"/> 12 - C - całkowite zaburzenia rozwojowe
<input type="checkbox"/> 11 - I - inne
<input type="checkbox"/> w orzeczeniu nie wskazano przyczyny niepełnosprawności

Wyształcenie (Nazwa szkoły):

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Sytuacja rodzinna:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Sytuacja prawna:

.....  
 .....  
 .....

## II. Postanowienia programu usamodzielniania:

1. **Zaradność i samodzielność** (samoobsługa, higiena, zaangażowanie w sprawy mieszkania).

### OCENA STOPNIA NIESAMODZIELNOŚCI (Skala I-ADL według Lawtona)

Oceniany parametr	Bez pomocy (3 punkty)	Z niewielką pomocą (2 punkty)	Zupełnie nie jestem w stanie (1 punkt)
1. Czy potrafisz korzystać z telefonu?			
2. Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległość spaceru?			
3. Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze?			
4. Czy może samodzielnie przygotować sobie posiłki?			
5. Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe?			

<b>6. Czy możesz samodzielnie dokonywać napraw w domu/wyprać swoje rzeczy?</b>			
<b>7. Czy samodzielnie przyjmujesz leki?</b>			
<b>8. Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi?</b>			

Interpretacja: bezwzględna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego uczestnika, zmniejszenie tej liczby w czasie świadczy o pogorszeniu się stanu ogólnego. Max 24 pkt.

WYNIK: .....

Ustalono:

.....  
.....  
.....  
.....

Zrealizowano:

.....  
.....  
.....  
.....

Nad czym należy jeszcze pracować:

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Funkcjonowanie społeczne, komunikacja interpersonalna** (przestrzeganie zasad i reguł współżycia społecznego, radzenie sobie w kontaktach z instytucjami, wypełnianie ról społecznych, radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych, nawiązywanie kontaktów z nowymi ludźmi, budowanie „sieci wsparcia”) (mowa czynna i bierna, elektroniczne środki komunikowania się – email, fora dyskusyjne, portale z ogłoszeniami)

Ustalono:

.....  
.....  
.....  
.....

Zrealizowano:

.....  
.....  
.....  
.....

Nad czym należy jeszcze pracować:

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Sytuacja zdrowotna, stan psychiczny** (poprawa stanu psychicznego sprzyjająca niezależności, samodzielności i aktywności, edukacji) (zażywanie leków, kontakt z psychiatrą, inne kwestie zdrowotne)

Ustalono (m.in. zalecane leki):

.....  
.....  
.....  
.....

Zrealizowano:

.....  
.....  
.....  
.....

Nad czym należy jeszcze pracować:

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Aktywizacja zawodowa, zatrudnienie** (motywacja do podjęcia i utrzymania pracy, umiejętność przygotowania ścieżki zawodowej, umiejętność poszukiwania pracy, nawyki niezbędne w pracy: odpowiedzialność, punktualność, systematyczność, podjęcie pracy)

Ustalono:

.....  
.....  
.....  
.....

Zrealizowano:

.....  
.....  
.....  
.....

Nad czym należy jeszcze pracować:

.....  
.....  
.....

.....

5. **Trening ekonomiczny** (posiadany dochód, regulowanie zobowiązań finansowych, planowanie wydatków, oszczędzanie, konto w banku, racjonalne zakupy).

Ustalono (m.in. zalecone leki):

.....  
.....  
.....  
.....

Zrealizowano:

.....  
.....  
.....  
.....

Nad czym należy jeszcze pracować:

.....  
.....  
.....  
.....

6. **Inne założenia programu usamodzielniania**, w szczególności w zakresie uzyskania schronienia, mieszkania:

Ustalono:

.....  
.....  
.....  
.....

Zrealizowano:

.....  
.....  
.....  
.....

Nad czym należy jeszcze pracować:

.....  
.....  
.....  
.....

7. **W trakcie pobytu w mieszkaniu treningowym objęto wsparciem w następującym zakresie: (wskazać formy usług którymi objęty był mieszkaniec)**

.....



**Wspieramy ducha samodzielności i sprawczości.  
Deinstytucjonalizacja usług społecznych  
w gminach powiatu kępińskiego.**

.....  
.....  
.....  
Podpis opiekuna mieszkania treningowego

.....  
.....  
.....  
Podpis osoby usamodzielnianej-  
Uczestnika projektu / opiekuna prawnego  
uczestnika



Fundusze Europejskie  
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



SAMORZĄD  
WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO