

.....

(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

**OPINIA DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE
DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu (w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych - również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą kierowaną a także imię i nazwisko opiekuna prawnego):

.....
.....

2. Data urodzenia:

3. Miejsce zamieszkania:*

zameldowanie na pobyt stały

zameldowanie na pobyt czasowy

aktualne miejsce pobytu

Część szczegółowa

A. Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, a w szczególności:

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie*, z pomocą innych osób*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego-podać jakiego*, nie chodzi samodzielnie*):

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

2. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny*, wymaga częściowej pomocy*, wymaga stałej pomocy*, zupełnie niesamodzielny*):

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

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku):

.....

.....

.....

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania):

.....

.....

.....

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom pomocy społecznej:

.....

.....

.....

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne):

.....

.....

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Opinia ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na temat możliwości funkcjonowania osoby w jej dotychczasowym środowisku społecznym (podać, co uniemożliwia pozostanie jej w dotychczasowym środowisku zamieszkania):

.....

.....

.....

.....

2. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

.....

.....

.....

3. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie – opisać dlaczego:

.....

.....

**4. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej
(nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały)**

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

.....

(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie
do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego)

.....

(podpis pracownika socjalnego)

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis kierownika ośrodka pomocy społecznej)

* Niepotrzebne skreślić.