**ANKIETA DOTYCZĄCA USŁUG SĄSIEDZKICH:**

Czy wskazuje Pan (i) osobę , którą chciałaby wskazać i rekomendować jako osobę świadczącą usługę sąsiedzką:

🞏 TAK 🞏 NIE

Jeżeli **Tak,** proszę podać jego imię i nazwisko, dane kontaktowe: Telefon kontaktowy/ e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

Czy w przypadku braku wskazania osoby, zgadza się Pan/i na osobę , którą zaproponuje Beneficjent.

🞏 TAK 🞏 NIE

Jeżeli **tak** to prosimy o określenie cech osoby świadczącej usługi sąsiedzkie, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie (opcjonalnie):

**Płeć:** …………………………… **Wiek:**……………………………

**Inne: …**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

**Zakres i wymiar usług**

W jakich godzinach/porach dnia/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie? ile razy w tygodniu?

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

Ile godzin wsparcia będzie Panu(i) potrzebne?

1. Tygodniowo: .............................
2. Miesięcznie: ………………………......

**W jakich czynnościach mogłaby pomóc Pani/Panu osoba świadcząca usługę -** zakres czynności w szczególności ma dotyczyć: (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych; podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem) – proszę zaznaczyć:

1. wsparcia w podstawowej opiece higieniczno-pielęgnacyjnej np.:
   1. mycie głowy  **Tak**  **/ Nie** ;
   2. czesanie **Tak**  **/ Nie** ;
   3. golenie **Tak**  **/ Nie** ;
   4. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu  **Tak**  **/ Nie** ;
   5. obcinanie paznokci rąk i nóg  **Tak**  **/ Nie** ;
   6. słanie łóżka i zmiana pościeli  **Tak**  **/ Nie** .
2. wsparcia w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych:
   1. przygotowanie posiłków i napojów  **Tak**  **/ Nie** 
   2. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci  **Tak**  **/ Nie** ;
   3. pomoc w zakupach / dokonywanie bieżących zakupów  **Tak**  **/ Nie** ;
   4. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania mycie okien – maksymalnie 2 razy w roku  **Tak**  **/ Nie** ;
   5. pranie i prasowanie **Tak**  **/ Nie** ;
3. wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak**  **/ Nie** ;
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak**  **/ Nie** ;
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom słabowidzącym i mającym trudności z orientacją **Tak**  **/ Nie** ;
   4. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej , w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami  **Tak**  **/ Nie** ;
   5. transport samochodem będącym własnością uczestnika, członka jej rodziny lub osoby świadczącej opiekę  **Tak**  **/ Nie** ;
4. wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń  **Tak**  **/ Nie** 
   2. wyjście na spacer **Tak**  **/ Nie** 
   3. asystowanie podczas wizyt w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc  **Tak**  **/ Nie** ;
   4. pomoc w dotarciu do lekarza/umówienia wizyty  **Tak**  **/ Nie** ;
   5. pomoc w załatwianie spraw urzędowych np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, czy zrozumieniem pytań, wsparcie w wypełnianiu formularzy,  **Tak**  **/ Nie** ;
   6. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych  **Tak**  **/ Nie** ;

Inne, jakie………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość ……………………………., data ……………………............

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

(Podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego)

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

(Podpis osoby przeprowadzającej wywiad – pracownika projektu)

**OŚWIADCZENIA:**

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług sąsiedzkich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez Beneficjenta świadczonych usług.

Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.  **Tak**  **/ Nie** ;

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji w tym z opisem i zasadami realizacji projektu *„Sąsiedzkie usługi opiekuńcze”* oraz z cennikiem usług stanowiącym załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji.  **Tak**  **/ Nie** ;

…………………………………………………….

(Podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego)