

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

Ocena stopnia niesamodzielności

Część I. Wypełnia kandydat/ kandydatka lub opiekun faktyczny/ opiekunka faktyczna

Imię i nazwisko kandydata/kandydatki	
Podpis kandydata/kandydatki	
Imię i nazwisko opiekuna faktycznego/opiekunki faktycznej	

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL

Proszę wstawić znak „X” przy właściwej odpowiedzi

Pytanie	bez pomocy (2 pkt)	z niewielką pomocą (1pkt)	zupelnie nie (0pkt)
Czy potrafisz korzystać z telefonu?			
Czy jesteś w stanie dotrzeć do wybranych miejsc?			
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?			
Czy możesz sam/sama przygotować posiłki?			
Czy możesz sam/sama wykonywać prace domowe (np. sprzątanie?)			
Czy możesz sam/sama majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?			
Czy możesz sam/sama wyprać swoje rzeczy?			
Czy sam/sama przyjmujesz lub mógłbyś/mogłabyś przyjmować leki?			
Czy możesz sam/sama gospodarować pieniędzmi?			
WYNIK			

Część II. UZYSKANA PUNKTACJA – wypełnia członek Zespołu Rekrutacyjnego

Czy kandydat/kandydatka jest osobą niesamodzielną TAK – (zdobyta liczba 0-12 pkt) NIE — (zdobyta liczba 13-18 pkt) brak możliwości zakwalifikowania do udziału w projekcie	
Decyzja członków/członkiń Zespołu Rekrutacyjnego:	