



Karta wizyty adaptacyjnej w miejscu zamieszkania uczestnika Innowacji Społecznej „Mobilne Centrum Pomocy Dla Osób Starszych”

Ogólne informacje o uczestniku Innowacji Społecznej						
Imię i nazwisko uczestnika Innowacji Społecznej					Data wizyty adaptacyjnej	
Wiek w chwili przystąpienia do udziału			Adres zamieszkania			
Telefon kontaktowy			Gmina			
Stan cywilny			Stopień niepełnosprawności			
Przesłanki udziału w Innowacji Społecznej	<input type="checkbox"/> Wiek	<input type="checkbox"/> Choroba	<input type="checkbox"/> Samodzielnie prowadzi gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Samotność, wykluczenie społeczne	<input type="checkbox"/> Inne
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Pomaturalne	<input type="checkbox"/> Wyższe
Ogólna sytuacja mieszkaniowa i komunikacyjna uczestnika Innowacji Społecznej						
Czy uczestnik IS samodzielnie prowadzi gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Czy uczestnik IS dysponuje własnym lokalem mieszkalnym?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Czy mieszkanie jest wolne od barier architektonicznych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Czy uczestnik IS dysponuje własnym środkiem transportu?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Na kogo Pan/i może liczyć w przypadku konieczności przemieszczenia się	<input type="checkbox"/> Rodzina	<input type="checkbox"/> Sąsiedzi	<input type="checkbox"/> Znajomi	<input type="checkbox"/> Na siebie	<input type="checkbox"/> Nie ma takiej osoby	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

Oddalenie od najbliższego przystanku komunikacji zbiorowej	<input type="checkbox"/> do 500 m	<input type="checkbox"/> do 1 km	<input type="checkbox"/> powyżej 1km	<input type="checkbox"/> trudno określić	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samoocena ogólnej sytuacji i predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych oraz preferencji żywieniowych						
Pytania do samooceny						Uwagi
Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan zdrowia?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan psychofizyczny?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia Pan/i swoją aktualną sytuację prawną?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia Pan/i swoje nawyki żywieniowe?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jak ocenia pan/i swoją kondycję fizyczną?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> Dobrze	<input type="checkbox"/> Zadawalająco	<input type="checkbox"/> Źle	<input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
Jestem zainteresowana(y) następującym rodzajem wsparcia:						
Konsultant ds. IPD		Coach ds. Senioralnych		Dietetyk Osób Starszych		
Prawnik		Specjalista ds. Uspraw -Ruchowych		Specjalista ds. Budżetu Domowego		
Indywidualne oczekiwania uczestnika IS:						
Jaki przedział godzinowy wizyt indywidualnego wsparcia najbardziej odpowiada Panu/i?	<input type="checkbox"/> 9.00 – 12.00		<input type="checkbox"/> 12.00 -15.00		<input type="checkbox"/> 15.00 – 18.00 <input type="checkbox"/> 18.00 – 21.00	

Podpisy osób uczestniczących w wizycie adaptacyjnej:

.....
(Reprezentant Stowarzyszenia KLUCZ)

.....
(Reprezentant Wolontariuszy)

.....
(Uczestnik Innowacji Społecznej)