



.....
(miejsowość, data)

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

I. Imię, nazwisko oraz wiek uczestnika projektu, uprawnionego do korzystania z usług opiekuńczych:

.....

II. Ocena samodzielności (właściwe zaznaczyć):

Poruszanie się:

- Osoba leżąca/zależna
- Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się nie przesiada)
- Osoba poruszająca się przy pomocy wózka inwalidzkiego (sama się przesiada)
- Osoba poruszająca się przy pomocy sprzętu pomocniczego/innych osób
- Osoba poruszająca się samodzielnie

Poruszanie się po powierzchniach płaskich:

- Samodzielnie się nie porusza
- Samodzielnie przejdzie niewielki odcinek
- Przy większych odległościach potrzebuje nadzoru

Poruszanie się po schodach:

- Samodzielnie nie porusza się po schodach
- Z trudnością pokonuje niewiele schodów
- Samodzielnie pokonuje schody

Spożywanie posiłków:

- Wymaga karmienia
- Samodzielnie spożywa przygotowany i podany posiłek
- Samodzielnie przygotowuje i spożywa śniadania i kolacje, wymaga pomocy przy przygotowaniu obiadu
- Samodzielnie przygotowuje i spożywa wszystkie posiłki

Utrzymanie higieny osobistej:

- Wymaga całkowitej opieki drugiej osoby przy wykonywaniu czynności higienicznych
- Wymaga pomocy przy wykonywaniu toalety przy łóżku (np. podanie miski z wodą)



- Wymaga opieki przy kąpieli, samodzielna w zakresie umycie twarzy, zębów, uczesanie się
- Samodzielna w zakresie utrzymania higieny osobistej

Potrzeby fizjologiczne:

- Osoba nie kontroluje potrzeb fizjologicznych (użycie pielucho-majtek)
- Osoba nie zawsze zgłasza potrzeby fizjologiczne
- Osoba zgłasza potrzeby fizjologiczne, wymaga pomocy przy dotarciu do WC
- Osoba samodzielnie zaspokaja potrzeby fizjologiczne

Ubieranie/rozbieranie się:

- Osoba wymaga pomocy przy założeniu/zdjęciu ubrania
- Osoba wymaga częściowej pomocy przy założeniu niektórych części garderoby np. buty, rajstopy
- Osoba wymaga przygotowania garderoby, sama się ubiera
- Osoba ubiera się samodzielnie

III. Sytuacja osobista:

Zagrożenia ze strony osoby z niepełnosprawnościami dla siebie i otoczenia TAK / NIE
Jeśli TAK – to jakie?

.....

.....

.....

(np. odkręca gaz, wodę, je różne rzeczy, nie leczy się, nie przyjmuje leków, podejmuje zachowania niebezpieczne i autoagresywne, uzależnienia, odmawianie pomocy, inne)

Kiedy takie fakty miały miejsce, jaka jest częstotliwość ich występowania:

.....

.....

IV. Sytuacja rodzinna:

- Osoba samotna
- Osoba posiadająca rodzinę
 - wydolność /zaangażowanie rodziny:
 - pełna wydolność rodziny (osoba funkcjonuje w środowisku przy wsparciu rodziny)
 - niepełna wydolność rodziny (konieczne jest wsparcie MOPS)
 - brak opieki ze strony rodziny(niechęć,niemożność,np.za granicą)



V. Rodzaje wsparcia, z jakich osoba objęta wsparciem będzie korzystała (zgodnie z indywidualnym zakresem usług opiekuńczych):

- Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb
- Opieka higieniczna – czynności związane z utrzymaniem higieny
- Czynności organizacyjne
- Czynności pielęgnacyjne

VI. Cele pracy:¹

.....

.....

.....

.....

VII. Zadania wspierająco-aktywizujące:²

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis
pracownika świadczącego usługi opiekuńcze

Data i podpis osoby wymagającej pomocy
lub jej przedstawiciela ustawowego

Data i podpis realizatora usług

-
1. Np. Poprawa funkcjonowania w środowisku poprzez
 - podtrzymywanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby niesamodzielnej
 - zapobieganie negatywnym skutkom niesamodzielności uczestnika projektu.
 2. Np.
 - angażowanie do zajęć kulinarnych
 - motywowanie do zadbania o wygląd i higienę osobistą
 - rozwijanie zainteresowań czytelniczych poprzez ...
 - motywowanie do wychodzenia z domu i nawiązywania kontaktów społecznych
 - angażowanie do zajęć manualnych
 - nauka obsługi urządzeń (np. telefonu)
 - muzykoterapia
 - motywowanie do ćwiczeń (gimnastyki).