Załącznik nr 2 do Regulaminu udziału w Projekcie

Wypełnia Realizator Projektu

Data wpływu	
Nr ewidencyjny	

KWESTIONARIUSZ WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

w ramach projektu:

„Sąsiedzka pomoc ma moc"

Numer projektu: FEDS.07.10-IP.02-0008/25

I. DANE KANDYDATA do objęcia usługami sąsiedzkimi i teleopieką (jeśli dotyczy)

1	**Imię/Imiona**	
2	**Nazwisko**	
3	**Adres**	

II. INNE DANE

1	Ustalona grupa inwalidzka, stopień niepełnosprawności, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niezdolność do pracy ☐ Tak ☐ Nie (przejdź do punktu 3)
2	Stopień i symbol niepełnosprawności:
3	**Ważne informacje medyczne** np. aktualnie leczone choroby przewlekłe, przyjmowane leki,uczulenia (Co powinni wiedzieć Realizator Projektu, Osoby wykonujący usługi sąsiedzkie, Wolontariusze udzielający wsparcia):
4	Kandydat korzysta z zaopatrzenia ortopedycznego i/lub rehabilitacyjnego? ☐ Tak ☐ Nie * Jeżeli tak, to wymienić, jakiego:

5	**Sytuacja rodzinna i społeczna** (czy osoba mieszka samotnie, odległość i dostępność członków rodziny itp., dostępność kontaktów z otoczeniem, dostępność do usług itp.)

III. POTRZEBY I OCZEKIWANIA OSOBY/RODZINY ZGŁOSZONE PODCZAS PRZEPROWADZANIA WYWIADU

7	Oczekiwania wobec opieki sąsiedzkiej**:**	
8	Oczekiwania wobec wsparcia z zakresu Teleopieki:	
9	**Osoba/y do odbierania sygnału SOS z opasek bezpieczeństwa w razie nagłych przypadków** np. opiekun faktyczny, sąsiad, opiekun wykonujący usługi sąsiedzkie, inna osoba z otoczenia	Imię i nazwisko: Relacja z podopiecznym: Nr telefonu:
		Imię i nazwisko: Relacja z podopiecznym: Nr telefonu:
		Imię i nazwisko: Relacja z podopiecznym: Nr telefonu:
10	**Dane głównej osoby do kontaktu**: opiekuna faktycznego, opiekuna prawnego (jeżeli dotyczy)	

Oświadczam, że

- ☐ dane zawarte w niniejszym wywiadzie są zgodne z prawdą,
- ☐ dane zawarte w niniejszym wywiadzie są zgodne ze stanem wiedzy jaki posiadam jako opiekun formalny/nieformalny/przedstawiciel prawny osoby potrzebującej w wsparcia w codziennym funkcjonowaniu zgłoszonej do Projektu.

Oświadczam, że podałem/łam wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia, które mogłyby mieć wpływ na rodzaj/zakres/charakter świadczonych usług w ramach projektu: **„Sąsiedzka pomoc ma moc”.**

Data……./……/……r. ……
(podpis osoby wymagającej wsparcie w projekcie)

lub

Data……./……/……r. ……
(podpis opiekuna faktycznego (nieformalnego) lub przedstawiciela prawnego lub osoby upoważnionej)

lub

Ja, niżej podpisany potwierdzam iż Uczestnik Projektu nie jest w stanie samodzielnie się podpisać. Potwierdzam, iż Uczestnik Projektu przekazał dane zawarte w niniejszym dokumencie.

Data……./……/……r. ……
(czytelny podpis)

DECYZJA REALIZARTORA PROJEKTU

Kandydat zakwalifikowany do projektu: „**Sąsiedzka pomoc ma moc**”.

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Podpis pracownika Realizatora projektu
Data