



## ZAŚWIADCZENIE O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

<b>Tytuł projektu:</b>	Wsparcie mieszkańców Gminy Ciasna poprzez zapewnienie usług opiekuńczych
<b>Numer projektu:</b>	FESL.07.04-IZ.01-05EC/23
<b>Priorytet:</b>	FESL.07 Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
<b>Działanie:</b>	07.04 Usługi społeczne

....., dn. ....  
(miejscowość)

Na podstawie wywiadu i obserwacji poświadczam, że **Pan/Pani** .....  
.....**PESEL** .....

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, gdyż ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność<sup>1</sup> wymaga, opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego<sup>2</sup> oraz wymaga objęcia usługami opiekuńczymi.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Wg Barthel podstawowe czynności w życiu codziennym to: spożywanie posiłków; przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem); utrzymanie higieny osobistej; korzystanie z WC; mycie, kąpiel całego ciała; poruszanie się po powierzchniach płaskich; chodzenie po schodach; ubieranie się i rozbieranie; kontrolowanie oddawania stolca; kontrolowanie oddawania moczu