



## ZAŚWIADCZENIE O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

<b>Tytuł projektu:</b>	Opieka na miarę potrzeb
<b>Numer projektu:</b>	FELU.08.05-IZ.00-0009/24
<b>Priorytet:</b>	VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
<b>Działanie:</b>	8.5 Usługi społeczne (typ projektu 1 a-d, 2)

....., dn. ....  
(miejscowość)

Na podstawie przeprowadzonego 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/asystenckimi/specjalistycznymi usługami opiekuńczymi<sup>3</sup>.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza/pielęgniarki)

<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

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić