**ZAŚWIADCZENIE O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu:** | Usługi opiekuńcze z wykorzystaniem nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych dla mieszkańców Gminy Gierałtowice |
| **Numer projektu:** | FESL.07.04-IZ.01-05ED/23 |
| **Priorytet:** | FESL.07 Fundusze Europejskie dla społeczeństwa |
| **Działanie:** | 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[[1]](#footnote-1) wymaga, opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego[[2]](#footnote-2) oraz wymaga objęcia usługami opiekuńczymi.

. ………………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. 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 [↑](#footnote-ref-2)