

....., dn.....
/ Imię i Nazwisko /

.....
/ Adres zamieszkania /

.....

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie

CZĘŚĆ A * :

Proszę, aby w ramach świadczonej u mnie pomocy w formie usług opiekuńczych zakres usług był następujący (tylko te czynności, obok których w polu postawiony jest krzyżyk):

I. ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH OBEJMUJĄCYCH POMOC W ZASPOKOJENIU CODZIENNYCH POTRZEB ŻYCIOWYCH.

1. Pomoc w czynnościach życia codziennego, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu (w tym karmienie), myciu i kąpaniu, goleniu, czesaniu, myciu głowy, obcinaniu paznokci.
2. Zakup i dostarczanie artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym, które są potrzebne do codziennej egzystencji (tp. higienicznych, przemysłowych).
3. Przyrządzanie posiłków zgodnie z zasadami diety oraz odpowiednio do danej jednostki chorobowej, w tym zgodnej z zaleceniami lekarza.
4. Przygotowanie posiłków lub produktów na część dnia, w której osoba podopieczna zostaje sama, oraz właściwe ich przechowywanie, zmywanie naczyń.
5. Wykonywanie podstawowych czynności związanych z utrzymaniem higieny pomieszczeń użytkowych zajmowanych przez osobę podopieczną, tj.:
 - bieżące sprzątanie mieszkania, w tym w szczególności, utrzymanie w czystości sprzętu sanitarnego i urządzeń sanitarnych (miednicy, kaczki, basenu, wanny,

* Wypełnia osoba ubiegająca się o pomoc w formie usług opiekuńczych, poprzez postawienie krzyżyka w polu obok czynności, które chce, aby były u Niej świadczone w ramach usług opiekuńczych.

- umywalki, nocnika, sedesu – przy użyciu środków czystości usługobiorcy),
wynoszenie śmieci,
- generalne okresowe sprzątanie mieszkania usługobiorcy w tym : mycie okien, drzwi, podłóg, glazury, oświetleń, szafek kuchennych i czyszczenie mebli, zawieszanie firanek i zasłon, trzepanie i pranie chodników, trzepanie i pranie dywanów itp., przy użyciu środków czystości usługobiorcy,
 - organizowanie drobnych remontów, zgłaszanie napraw.
6. Utrzymywanie w czystości bielizny pościelowej i lekkiej odzieży (w tym bielizny osobistej) poprzez pranie, prasowanie.
7. Zakup odzieży i obuwia.
8. Przynoszenie wody i węgla, palenie w piecu.
9. Umożliwianie kontaktu lub pośredniczenie w kontaktach z różnymi instytucjami, tj:
- w tym z ośrodkiem pomocy społecznej i zakładami opieki zdrowotnej,
a w szczególności z pracownikiem socjalnym, lekarzem, pielęgniarką środowiskową
 - załatwianie spraw urzędowych (poczta, administracja, bank itp.)
10. W miarę możliwości zapewnienie kontaktu z otoczeniem, w tym:
- wychodzenie z podopiecznym na spacer,
 - asystowanie i pomoc w dotarciu na cmentarz (grób najbliższych w związku ze Świąttem Zmarłych, itp.), do urzędów, placówek kulturalnych
 - czytanie prasy, książek,
 - wymian książek w bibliotece,
 - pomoc w prowadzeniu korespondencji,
 - prowadzenie rozmów.
11. Niezwłoczne informowanie pracownika socjalnego Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie o wszelkich zmianach stanu zdrowia osoby, na rzecz której świadczone są usługi oraz o jej potrzebach w zakresie dodatkowej pomocy społecznej, a także o nieobecności w domu, skierowaniu do szpitala i innych zdarzeniach mających wpływ na sytuację i przebieg wykonywania usług.

II. ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH W ZAKRESIE PIEŁĘGNACJI.

1. Wykonywanie wszelkich czynności związanych z utrzymaniem czystości usługobiorcy w zależności od indywidualnych potrzeb.
2. Pielęgnacja, w tym pielęgnacja w czasie choroby zalecona przez lekarza, podawanie leków, mierzenie temperatury, smarowanie, oklepywanie, zmian opatrunków, stosowanie kompresów i okładów, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, układanie

chorego w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji chorego, pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

3. Zapobieganie odleżynom i odparzeniom.

4. Utrzymanie stałego kontaktu z lekarzem i zamawianie wizyt lekarskich w przypadkach tego wymagających (także badań laboratoryjnych), pomoc w dotarciu i powrocie do placówki medycznej lub rehabilitacyjnej.

5. Realizacja recept.

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
/ data, podpis Klienta /

CZĘŚĆ B * :

Powyższy zakres usług w ramach pomocy w formie usług opiekuńczych dotyczy wniosku Klienta z dnia Nr

.....
/ data, podpis pracownika socjalnego MGOPS w Nowej Sarzynie /

* Wypełnia pracownik socjalny MGOPS w Nowej Sarzynie