



Załącznik nr 2 do Regulaminu przyznawania i użytkowania
domowego systemu bezpieczeństwa dla osób korzystających ze wsparcia
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu
w ramach zadania dofinansowanego ze środków
Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy pod nazwą
„ReGeneracja Kędzierzyna-Koźla. Społeczne, środowiskowe i kulturowe inicjatywy
na rzecz rozwoju Młodego Miasta”

Data wpływu wniosku:

Numer wniosku:

Podpis osoby przyjmującej wniosek:

Wniosek o przyznanie wsparcia

w postaci domowego systemu bezpieczeństwa

**realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy pn. „ReGeneracja
Kędzierzyna-Koźla. Społeczne, środowiskowe i kulturowe inicjatywy na rzecz rozwoju Młodego
Miasta”**

I DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. PESEL:
4. Adres zamieszkania:
.....
5. Telefon kontaktowy:
6. Czy Wnioskodawca aktualnie korzysta ze wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Kędzierzynie-Koźlu? (dotyczy to również udziału w zajęciach, projektach lub innych
formach aktywności, niewymagających wydania decyzji administracyjnej)?
☐ TAK
☐ NIE

II DANE OSOBY WSKAZANEJ DO KONTAKTU

(Osoba pełnoletnia, posiadająca dostęp do kluczy, odpowiedzialna za zwrot sprzętu)

1. Imię i nazwisko:
2. Stopień pokrewieństwa/relacja:



3. Adres zamieszkania:

4. Telefon kontaktowy:

III UZASADNIENIE WNIOSKU (Sytuacja zdrowotna i życiowa)

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi znakiem X przy każdym pytaniu. Odpowiedzi posłużą Komisji do oceny zasadności przyznania systemu.

Lp.	Pytanie służące ocenie sytuacji podopiecznego	TAK	NIE
Ocena stanu zdrowia podopiecznego pod kątem doboru właściwego zestawu czujników.			
1.	Czy porusza się Pan/Pani wyłącznie na wózku inwalidzkim?		
2.	Czy jest Pan/Pani osobą stale leżącą lub długotrwale unieruchomioną w łóżku?		
3.	Czy zdiagnozowano u Pana/Pani demencję, chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia pamięci?		
Ocena sytuacji życiowej, mieszkaniowej oraz stopnia samodzielności w codziennym funkcjonowaniu.			
1.	Czy prowadzi Pan/Pani gospodarstwo domowe samotnie (mieszka Pan/Pani sam/a)?		
2.	Czy zdarza się Panu/Pani zapomnieć o wyłączeniu gazu, wody lub zamknięciu drzwi wejściowych?		
3.	Czy zdarzyła się sytuacja, że wyszedł/wyszła Pan/Pani z domu i nie potrafił/a wrócić?		
4.	Czy w ciągu ostatniego roku doszło u Pana/Pani do upadku w mieszkaniu, po którym trudno było wstać?		
5.	Czy w Pana/Pani mieszkaniu znajduje się piecyk gazowy, kuchenka gazowa lub piec węglowy?		
6.	Czy rodzina lub bliscy mają trudności z zapewnieniem Panu/Pani stałej opieki (np. z powodu pracy)?		
7.	Czy zdarzyło się Panu/Pani, że przez złe samopoczucie nie potrafił(a) Pan/Pani skutecznie wezwać pomocy i na pewno skorzystał(a)by Pan/Pani ze wsparcia drugiej osoby?		
Ocena efektywności wsparcia.			



1.	Czy uważa Pan/Pani, że ten system pozwoli Panu/Pani bezpiecznie pozostać we własnym domu?		
----	---	--	--

Dodatkowe uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis Wnioskodawcy