**Załącznik nr 7**

 do załącznika nr 1

Zarządzenia Prezydenta Miasta Knurów

Nr 365/MOPS/2020

 z dnia 19.11.2020 r.

Knurów, dn…………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  **Podstawowy wykaz usług opiekuńczych** | **TAK/NIE** |
| L.p. | **I. Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych w ramach usług opiekuńczych o charakterze gospodarczym** |  |  |
| 1  | 1. Zakupy artykułów spożywczych i innych artykułów potrzebnych w gospodarstwie domowym (w przypadku osób w rodzinie tylko w uzasadnionych sytuacjach), - możliwość połączenia ze spacerem
 |  |  |
| 2. | Przygotowanie lub pomoc w przygotowaniu posiłku i pomoc przy spożywaniu -śniadanie, obiad, kolacja (właściwe podkreślić) |  |  |
| 3. | Przynoszenie obiadów (tylko dla osoby korzystającej z usług), |  |  |
| 4. | 1. Dokonywanie bieżących porządków (porządki po generalnym remoncie, malowaniu, u osób samotnych i osób pozostających w rodzinie tylko w szczególnych przypadkach),
 |  |  |
| 5. | Mycie okien, zmiana firan, zasłon raz na trzy miesiące (w przypadku osób w rodzinie tylko w uzasadnionych sytuacjach ) |  |  |
| 6. | Przynoszenie węgla i palenie w piecu w sezonie grzewczym (w przypadku osób w rodzinie tylko w uzasadnionych sytuacjach ) |  |  |
| 7. | Wykonywanie czynności porządkowych w szczególnie uzasadnionych przypadkach np. z powodu zbieractwa  |  |  |
| 8. | Pranie, oraz w miarę potrzeb prasowanie  (w przypadku osób w rodzinie tylko w uzasadnionych sytuacjach) |  |  |
| 9. | Załatwiane spraw urzędowych  |  |  |
|  | **II. Usługi o charakterze higienicznym** |  |  |
| 1. | Całkowita lub częściowa toaleta ciała w łóżku  |  |  |
| 2. | Pomoc w czynnościach codziennej toalety, motywowanie do wykonania codziennej toalety |  |  |
| 3. | Kąpiel w łazience  |  |  |
| 4. | Zmiana pościeli - w miarę potrzeb. |  |  |
| 5. | Przesłanie łóżka. |  |  |
| 6. | Zmiana bielizny osobistej.  |  |  |
| 7. | Ubieranie oraz ewentualnie pomoc przy ubieraniu. |  |  |
| 8. | Zmiana pampersów  |  |  |
| 9. | Układanie klienta w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji - w miarę potrzeb. |  |  |
| 10. | Pomoc przy załatwieniu potrzeb fizjologicznych. |  |  |
| 11. | Karmienie z uwagi na stan zdrowia klienta. |  |  |
|  | **III. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem w ramach usług opiekuńczych** (usługa dlaKlienta poruszającego się na wózku inwalidzkim lub przy pomocy innego sprzętu rehabilitacyjnego, lub mającego znaczne trudności w poruszaniu się). |  |  |
| 1. |  Pomoc w dotarciu do ……………………………………………………………………..Spacer/inne sytuacje …………………………………………………………………….. |  |  |
|  | **IV. Wykonywanie innych usług wynikających ze szczególnej sytuacji Klienta** |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

 Zakres usług uzgodniony z Panią/Panem

……………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis ............................................................