



**PLAN WSPARCIA UCZESTNIKA DOMU,
DOMU Nrul./os.....,
FUNKCJONUJĄCEGO W RAMACH
KRAKOWSKIEGO CENTRUM SENIORA
(wypełnia pracownik)**

sporządzony w dniu

.....

Celem Planu Wsparcia Uczestnika jest określenie i realizacja czynności zmierzających do utrzymania stanu psychofizycznego uczestnika pozwalającego na jego pozostawanie w dotychczasowym środowisku.

I. Dane osobowe

1. Nazwisko i imię.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia.....
4. Data i numer decyzji kierującej do Domu.....
5. Termin przyznania pobytu:.....
6. Numer telefonu uczestnika.....
7. Numer telefonu osoby do kontaktu.....

II. Diagnoza sytuacji Uczestnika

1. Sytuacja rodzinna

- 1) osoba samotna
- 2) osoba samotnie gospodarująca:
 - ☐ mieszka sama
 - ☐ mieszka z rodziną
 - ☐ mieszka z osobą trzecią
- 3) osoba w rodzinie

2. Ocena poziomu sprawności (zaznaczyć właściwe)

- 1) Poruszanie się po powierzchniach płaskich:
 - ☐ Niezależny, swobodnie porusza się po pomieszczeniach, na zewnątrz porusza się samodzielnie, albo za pomocą laski, regularnie opuszcza mieszkanie;
 - ☐ Swobodnie porusza się po pomieszczeniach, poza pomieszczeniami wymaga pomocy drugiej osoby;
 - ☐ Porusza się po pomieszczeniach, ale wymaga pomocy lub asekuracji drugiej osoby, sporadycznie z pomocą drugiej osoby opuszcza mieszkanie.
- 2) Wchodzenie i schodzenie po schodach:
 - ☐ Pokonuje schody bez większego trudu,
 - ☐ Wymaga pomocy,
 - ☐ Nie jest w stanie pokonać schodów.
- 3) Ubieranie i rozbieranie się:
 - ☐ Niezależny;
 - ☐ Potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać samodzielnie;
 - ☐ Całkowicie zależny lub ubiera się nieadekwatnie do warunków atmosferycznych.
- 4) Spożywanie posiłków:
 - ☐ Samodzielny, niezależny;
 - ☐ Wymaga pomocy w podaniu/przyniesieniu posiłku,
 - ☐ Wymaga pomocy w przygotowaniu posiłku (np. krojenie, smarowanie), samodzielnie spożywa podany posiłek.
- 5) Utrzymanie higieny osobistej:
 - ☐ Niezależny, samodzielny,
 - ☐ Wymaga sporadycznej pomocy w,
 - ☐ Wymaga pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych.
- 6) Korzystanie z toalety:
 - ☐ Niezależny, samodzielny;
 - ☐ Wymaga sporadycznej pomocy,
 - ☐ Wymaga pomocy/ zależny.
- 7) Przygotowanie i przyjmowanie leków:
 - ☐ Samodzielnie, bez pomocy;
 - ☐ Z niewielką pomocą, np. przy przygotowaniu leków, ale pamięta o ich zażywaniu.
- 8) Prace domowe:
 - ☐ Samodzielnie bez pomocy wykonuje prace domowe;
 - ☐ Wymaga pomocy w niektórych pracach, w tym::
.....
.....
 - ☐ Nie jest w stanie wykonać żadnych prac domowych.
- 9) Robienie zakupów:
 - ☐ Samodzielny;
 - ☐ Z niewielką pomocą;
 - ☐ Nie jest w stanie robić zakupów.

10) Wizyty u lekarza, kontakt z placówkami służby zdrowia:

- ☐ Samodzielny;
- ☐ Wymaga pomocy, np. umówienia wizyty, towarzyszenia w drodze do przychodni, wykupienia recept.

11) Załatwianie spraw urzędowych, opłacanie rachunków:

- ☐ Bez pomocy;
- ☐ Wymaga towarzyszenia podczas wizyt w urzędach lub instytucjach;
- ☐ Nie jest w stanie samodzielnie załatwiać spraw urzędowych, .

12) Utrzymywanie kontaktów społecznych:

- ☐ Utrzymuje kontakty ze środowiskiem: rodziną, sąsiadami itp.
- ☐ Wyalienowany nie utrzymuje kontaktów ze środowiskiem.

13) Gospodarowanie pieniędzmi:

- ☐ Bez pomocy;
- ☐ Z niewielką pomocą;
- ☐ Niesamodzielny lub gospodaruje w sposób nieracjonalny.

3. Krótka ocena sprawności funkcji poznawczych (zaznaczyć właściwe)

- ☐ Pamięta swój adres i numer telefonu,
- ☐ Orientuje się jaki jest dzień tygodnia, miesiąc, rok,
- ☐ Pamięta imiona osób z rodziny i przyjaciół,
- ☐ Pamięta rzeczy dotyczące rodziny i przyjaciół (np. zawód, dzień urodzin, adresy),
- ☐ Zapomina w trakcie rozmowy co chciał/a powiedzieć.

III. Funkcjonowanie w środowisku

1. Aktywność społeczna (*kontakt z rodziną, osobami bliskimi, z przyjaciółmi*)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Zainteresowania, hobby, sposób spędzania czasu wolnego

- ☐ spacerowanie oraz wyjścia rekreacyjne,
- ☐ spotkania towarzyskie,
- ☐ gry towarzyskie,
- ☐ czytanie literatury,
- ☐ oglądanie telewizji,
- ☐ zajęcia ogólnousprawniające,
- ☐ zajęcia domowe,
- ☐ zajęcia manualne,
- ☐ inne.....

3. Preferuje zajęcia (*podkreśl właściwe*)

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

- grupowe
 - indywidualne
4. Utrwalone przyzwyczajenia i uzależnienia.....
-
-
5. Przeciwwskazania w zakresie gimnastyki ogólnousprawniającej *(na podstawie informacji od Uczestnika)*:
-
-
-

IV. Plan wsparcia uczestnika

1. Cel pracy z uczestnikiem:.....

.....

w tym:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Formy proponowanych zajęć terapeutycznych

- ☐ ćwiczenia ruchowe,
- ☐ zajęcia plastycznych, artystyczne, w tym:
 -
 -
 -

- ☐ zajęcia podtrzymujących sprawność umysłową,
- ☐ zajęcia muzyczne,
- ☐ zajęcia teatralne
- ☐ warsztaty dotyczących obsługi komputera/smartfona,
- ☐ gry stolikowe,
- ☐ wyjścia do teatrów, muzeów, kina,
- ☐ wycieczki/wyjazdy rekreacyjno – turystyczne,
- ☐ warsztaty tematyczne np. z zakresu higieny psychicznej, dbałości o zdrowie, bezpieczeństwa etc.
- ☐ wsparcie psychologa,
- ☐ pomoc w zakresie: reprezentowania interesów w urzędach, ustalenia wizyt u lekarzy, ustalenia stopnia niepełnosprawności, uzyskania świadczeń z pomocy społecznej etc.,

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

☐ inne, jakie?

.....

3. Wskazania do realizacji planu wsparcia uczestnika.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przygotował

Zatwierdził

Kierownik Zespołu

Terapeutyczno-Aktywizacyjnego

Nr...

Kraków, dnia

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

NOTATKI SŁUŻBOWE DOTYCZĄCE PRACY Z UCZESTNIKIEM

Lp.	Data	Treść (Obserwacje/Ustalenia z rozmów itp.)	Podpis osoby sporządzającej

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

EWALUACJA PLANU WSPARCIA UCZESTNIKA
DOMU Nrul./os.....,
FUNKCJONUJĄCEGO W RAMACH
KRAKOWSKIEGO CENTRUM SENIORA
(wypełnia pracownik)

I. Dane osobowe

1. Nazwisko i imię.....
2. Placówka.....
3. Data pierwszego wsparcia

II. Diagnoza sytuacji Uczestnika

1. Sytuacja rodzinna

- 1) osoba samotna
- 2) osoba samotnie gospodarująca:
 - ☐ mieszka sama
 - ☐ mieszka z rodziną
 - ☐ mieszka z osobą trzecią
- 3) osoba w rodzinie

2. Ocena poziomu sprawności (zaznaczyć właściwe)

- 1) Poruszanie się po powierzchniach płaskich:
 - ☐ Niezależny, swobodnie porusza się po pomieszczeniach, na zewnątrz porusza się samodzielnie, albo za pomocą laski, regularnie opuszcza mieszkanie;
 - ☐ Swobodnie porusza się po pomieszczeniach, poza pomieszczeniami wymaga pomocy drugiej osoby;
 - ☐ Porusza się po pomieszczeniach, ale wymaga pomocy lub asekuracji drugiej osoby.
- 2) Wchodzenie i schodzenie po schodach:
 - ☐ Pokonuje schody bez większego trudu,
 - ☐ Wymaga pomocy,
 - ☐ Nie jest w stanie pokonać schodów.
- 3) Ubieranie i rozbieranie się:
 - ☐ Niezależny;
 - ☐ Potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać samodzielnie;
 - ☐ Całkowicie zależny lub ubiera się nieadekwatnie do warunków atmosferycznych.
- 4) Spożywanie posiłków:
 - ☐ Samodzielny, niezależny;
 - ☐ Wymaga pomocy w podaniu/przyniesieniu posiłku,

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

- ☐ Wymaga pomocy w przygotowaniu posiłku (np. krojenie, smarowanie), samodzielnie spożywa podany posiłek.
- 5) Utrzymanie higieny osobistej:
 - ☐ Niezależny, samodzielny,
 - ☐ Wymaga sporadycznej pomocy w,
 - ☐ Wymaga pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych.
- 6) Korzystanie z toalety:
 - ☐ Niezależny, samodzielny;
 - ☐ Wymaga sporadycznej pomocy,
 - ☐ Wymaga pomocy/ zależny.
- 7) Przygotowanie i przyjmowanie leków:
 - ☐ Samodzielnie, bez pomocy;
 - ☐ Z niewielką pomocą, np. przy przygotowaniu leków, ale pamięta o ich zażywaniu.
- 8) Prace domowe:
 - ☐ Samodzielnie bez pomocy wykonuje prace domowe;
 - ☐ Wymaga pomocy w niektórych pracach, w tym:
 -
 -
 - ☐ Nie jest w stanie wykonać żadnych prac domowych.
- 9) Robienie zakupów:
 - ☐ Samodzielny;
 - ☐ Z niewielką pomocą;
 - ☐ Nie jest w stanie robić zakupów.
- 10) Wizyty u lekarza, kontakt z placówkami służby zdrowia:
 - ☐ Samodzielny;
 - ☐ Wymaga pomocy, np. umówienia wizyty, towarzyszenia w drodze do przychodni, wykupienia recept.
- 11) Załatwianie spraw urzędowych, opłacanie rachunków:
 - ☐ Bez pomocy;
 - ☐ Wymaga towarzyszenia podczas wizyt w urzędach lub instytucjach;
 - ☐ Nie jest w stanie samodzielnie załatwiać spraw urzędowych.
- 12) Utrzymywanie kontaktów społecznych:
 - ☐ Utrzymuje kontakty ze środowiskiem: rodziną, sąsiadami itp.
 - ☐ Wyalienowany nie utrzymuje kontaktów ze środowiskiem.
- 13) Gospodarowanie pieniędzmi:
 - ☐ Bez pomocy;
 - ☐ Z niewielką pomocą;
 - ☐ Niesamodzielny lub gospodaruje w sposób nieracjonalny.
- 3. Krótka ocena sprawności funkcji poznawczych (zaznaczyć właściwe)**
 - ☐ Pamięta swój adres i numer telefonu,
 - ☐ Orientuje się jaki jest dzień tygodnia, miesiąc, rok,
 - ☐ Pamięta imiona osób z rodziny i przyjaciół,

- ☐ Pamięta rzeczy dotyczące rodziny i przyjaciół (np. zawód, dzień urodzin, adresy),
- ☐ Zapomina w trakcie rozmowy co chciał/a powiedzieć.

III. Zaobserwowane zmiany w funkcjonowaniu Uczestnika, w tym jego sytuacji zdrowotnej, rodzinnej:

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Plan wsparcia uczestnika uwzględniający zaobserwowane zmiany w funkcjonowaniu w tym zasadność dalszego pobytu w ośrodku dziennego wsparcia:

1. Cel pracy z uczestnikiem:.....

.....

w tym:

.....

.....

.....

.....

2. Formy proponowanych zajęć terapeutycznych

- ☐ ćwiczenia ruchowe,
- ☐ zajęcia plastycznych, artystyczne, w tym:

.....

.....

.....

- ☐ zajęcia podtrzymujących sprawność umysłową,
- ☐ zajęcia muzyczne,
- ☐ zajęcia teatralne
- ☐ warsztaty dotyczących obsługi komputera/smartfona,
- ☐ gry stolikowe,
- ☐ wyjścia do teatrów, muzeów, kina,
- ☐ wycieczki/wyjazdy rekreacyjno – turystyczne,
- ☐ warsztaty tematyczne np. z zakresu higieny psychicznej, dbałości o zdrowie, bezpieczeństwa etc.
- ☐ wsparcie psychologa,
- ☐ pomoc w zakresie: ustalenia wizyt u lekarzy, ustalenia stopnia niepełnosprawności, uzyskania świadczeń z pomocy społecznej etc.,

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS

☐ inne, jakie?

.....

3. Przebieg realizacji planu wsparcia uczestnika.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przygotował

Zatwierdził

Kierownik Zespołu

Terapeutyczno-Aktywizacyjnego Nr

Kraków, dnia

Krakowskie Centrum Seniora

os. Szkolne 20, 31-977 Kraków

tel. +48 12 425 64 65, +48 12 265 17 61, fax +48 12 655 93 11

e-mail: sekretariat@kcs.krakow.pl

www.bip.krakow.pl/KCS