



**FORMULARZ UBIEGANIA SIĘ O USŁUGĘ TRANSPORTU
DLA UCZESTNIKA DOMU SPECJALISTYCZNEGO**

.....,
**FUNKCJONUJĄCEGO W RAMACH
KRAKOWSKIEGO CENTRUM SENIORA**
(wypełnia pracownik)

Dane osoby ubiegającej się:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Lp.	Badany obszar ¹		Punktacja	Przyznane punkty ²
1.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich:	zależny / zależny na wózku	5	
		spacer z pomocą osoby	4	
		niezależny z pomocą laski lub kuli	3	
		niezależny na wózku	2	
		niezależny	1	
2.	Orzeczenie o niepełnosprawności	tak	2	
		nie	1	

¹ Proszę wybrać jedną z dostępnych opcji

² Proszę przyznać punkt adekwatny do wybranej opcji

3.	Orientacja w terenie i w czasie.	brak orientacji w terenie i czasie	3	
		orientacja w czasie lub orientacja w terenie	2	
		pełna orientacja	1	
4.	Odległość od placówki	Zamieszkanie w dzielnicy w której znajduje się placówka	5	
		Zamieszkanie w dzielnicy sąsiadującej z dzielnicą, w której znajduje się placówka	3	
		Zamieszkanie w dzielnicy niesąsiadującej z dzielnicą, w której znajduje się placówka	1	
5.	Możliwość alternatywnego transportu	brak możliwości transportu ze strony rodziny lub osób bliskich	3	
		możliwość transportu ze strony rodziny lub osób bliskich	2	
		możliwość dojazdu Komunikacją Miejską lub pieszo	1	

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

6.	Korzystanie z Komunikacji Miejskiej:	nie może samodzielnie korzystać	3	
		korzysta z pomocą innych osób	2	
		korzysta samodzielnie	1	
SUMA PUNKTÓW			21	
7.	Indywidualna sytuacja Uczestnika ³ :			

Źródło: Formularz przyznania usługi transportu na podstawie zmodyfikowanej Całościowej Oceny Geriatrycznej w tym: zmodyfikowanej skali Barthel, Formularzu Mini - Mental State Examination.

Ubiegając się o usługę transportu jestem świadomy/świadoma, iż:

1. Transport nie ma charakteru indywidualnego i jest świadczony dla grupy Uczestników zgodnie z ustaloną Kartą Transportu.
2. Godziny odbioru z miejsca zamieszkania i odwozu do miejsca zamieszkania są zależne od liczby osób korzystających z usługi transportu, ich miejsca zamieszkania oraz sytuacji komunikacyjnej w danym dniu.

.....

.....

data i podpis Uczestnika
lub opiekuna prawnego

data i podpis pracownika

Kwalifikacja przyznaniu usługi transportu⁴:

³ Proszę uwzględnić poza stanem somatycznym stan psychiczny osoby np. lęk przed samodzielnym poruszaniem się poza miejscem zamieszkania.

⁴ W przypadku uzyskania sumy punktów:

- w przedziale 8-10 pkt. brak zasadności przyznania usługi transportu,
- w przedziale 11-16 pkt. usługa transportu zależna od indywidualnej sytuacji Uczestnika,
- w przedziale 17-21 pkt. zasadnym jest przyznanie usługi.

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

Suma punktów:		
Przyznanie usługi transportu ⁵ :	TAK	NIE
Uzasadnienie:		

Zatwierdzenie wniosku przez Kierownika Zespołu Terapeutyczno – Aktywizującego Nr ...

.....

Kraków, dn.

.....

podpis Kierownika

⁵ Proszę zakreślić właściwe