



INDYWIDUALNY PROGRAM WSPARCIA
FILII DZIENNEGO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ „WRZOS”
CENTRUM USŁUG SPOŁECZNOŚCIOWYCH
KLUB SENIORA

1. DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO:

.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

.....

NR TELEFONU:

.....

2. OSOBA DO KONTAKTU

IMIĘ I NAZWISKO:

.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

NR TELEFONU:

.....

STAN PRAWNY: PEŁNIA PRAW, UBEZWŁASNOWOLNIENIE CZĘŚCIOWE, CAŁKOWITE
(W OPARCIU O WYWIAD Z PRACOWNIKIEM SOCJALNYM; PODKREŚL WŁAŚCIWE)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





OPIEKUN PRAWNY (NAZWISKO, ADRES, TELEFON, DATA USTANOWIENIA OPIEKI)

.....
.....

3. INFORMACJE DODATKOWE

DŁUGOTRWALE CHOROBY:

.....
.....
.....

WSKAZANIA DOTYCZĄCE DIETY:

.....
.....

ALERGIE

.....
.....

PRZYJMOWANE LEKI

.....
.....
.....
.....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

.....



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





DIAGNOZA UCZESTNIKA/CZKI

Proszę podkreślić liczbę, która ocenia poziom posiadanych umiejętności wymienionych poniżej w skali 1 - 7 z czego 1 oznacza najniższą wartość, a 7 największą.

POZIOM UMIEJĘTNOŚCI Z ZAKRESU: RĘKODZIEŁA, RYSUNKU, MALARSTWA,
HAFTU, PRAC W GLINIE

1 2 3 4 5 6 7

STAN AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

1 2 3 4 5 6 7

STAN WIEDZY Z ZAKRESU ZDROWIA

1 2 3 4 5 6 7

STAN WIEDZY Z ZAKRESU BEZPIECZEŃSTWA

1 2 3 4 5 6 7

STOPIEŃ SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ

1 2 3 4 5 6 7

STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI OBSŁUGI KOMPUTERA

1 2 3 4 5 6 7

STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI OBSŁUGI TELEFONU

1 2 3 4 5 6 7

UMIEJĘTNOŚĆ ZAPAMIĘTYWANIA

1 2 3 4 5 6 7

STOPIEŃ SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ

1 2 3 4 5 6 7

POZIOM KONTAKTU Z INNYMI OSOBAMI

1 2 3 4 5 6 7

ZAINTERESOWANIA:

.....

.....

.....



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

