

Załącznik nr 3 do Regulaminu korzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu

NZOZ CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ MICHAŁ SZCZEPANIAK
„Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”
TRWAŁOŚĆ ”

**Wywiad merytoryczny
(przeprowadza Kierownik ośrodka wsparcia)**

Opis sytuacji życiowej kandydata/-tki:

1.	Funkcjonowanie w środowisku	Aktywny społecznie, częste kontakty z otoczeniem, przyjaciółmi, rodziną	<input type="checkbox"/>
		Kontakt tylko z najbliższą rodziną	<input type="checkbox"/>
		Sporadyczne kontakty z otoczeniem , poczucie samotności	<input type="checkbox"/>
		Brak rodziny, która mogłaby sprawować opiekę	<input type="checkbox"/>
2.	Preferowana forma zajęć	Zajęcia grupowe	<input type="checkbox"/>
		Zajęcia indywidualne	<input type="checkbox"/>
		Umiejętność samodzielnego zorganizowania sobie zajęć	<input type="checkbox"/>
		Brak umiejętności/ chęci w organizowaniu sobie zajęć	<input type="checkbox"/>
3.	Stosunek do innych ludzi	Opiekuńczy	<input type="checkbox"/>
		Obojętny	<input type="checkbox"/>
		Agresywny	<input type="checkbox"/>
		Łatwość w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi	<input type="checkbox"/>
		Trudności w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi	<input type="checkbox"/>
4.	Stopień niesamodzielności	Niesamodzielność w następujących czynnościach życiowych:	

5. Inne ważne czynniki życiowe		
6. Opis wsparcia, którego potrzebuje osoba zgłaszająca się		

Dodatkowe uwagi:

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kierownika ośrodka wsparcia