

**SAMOOCENA W ZAKRESIE SAMODZIELNOŚCI
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE W MIESZKANIU TRENINGOWYM/WSPOMAGANYM**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Lp.	Nazwa czynności	Wynik
1.	Przemieszczanie się: 0 - nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu; 5 - przemieszcza się z pomocą jednej lub dwóch osób, może siedzieć; 10 - przemieszcza się na wózku, z balkonikiem, o kulach; 15 - przemieszcza się samodzielnie.	
2.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 - nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych; 5 - potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych; 10 - samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów; 15 - samodzielny.	
3.	Ubieranie się: 0 - potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby; 5 - potrzebuje częściowej pomocy innej osoby; 10 - samodzielny, niezależny.	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 - nie korzysta w ogóle z toalety (pampersy/pieluchomajtki); 5 - potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety; 10 - samodzielny.	
5.	Sprzątanie: 0 - samodzielnie nie jest w stanie; 5 - potrzebuje pomocy; 10 - samodzielny.	
6.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać; 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym; 15 - samodzielny, niezależny.	
	Wynik oceny	

.....
czytelny podpis osoby ubiegającej się
o pobyt w mieszkaniu treningowym/wspomagany
lub jej opiekuna prawnego