

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia

.....
(imię i nazwisko opiekuna/członka rodziny)

Zakres wsparcia w ramach usługi opieki wytnieniowej

.....
(imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnościami)

Usługi opieki wytnieniowej obejmują w szczególności następujący zakres:

1. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnosprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
2. pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
3. pomoc w przepierkach rzeczy osobistych i odzieży, pomoc w prasowaniu,
4. pomoc w organizowaniu prania bielizny pościelowej,
5. pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
6. ślanie łóżka,
7. karmienie, czesanie, ubieranie, obcinanie paznokci,
8. pomoc przy myciu, kąpaniu,
9. zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
10. układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
11. podawanie basenu, kaczki,
12. zmiana pampersów,
13. zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
14. pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
15. inne, należy wskazać jakie:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis Uczestnika Programu

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis opiekuna wychnieniowego