

**CENTRUM OPIEKUŃCZO-MIESZKALNE W LIPSKU**

ul. 1 Maja 59, 27-300 Lipsko  
NIP 5090071927 , REGON 522870808  
tel. 789 473 002 e-mail: [com@powiatlipsko.pl](mailto:com@powiatlipsko.pl)

---

**INDYWIDUALNY PLAN KORZYSTANIA Z USŁUG  
CENTRUM OPIEKUŃCZO - MIESZKALNEGO W LIPSKU**

**Część I**

**WYWIAD WSTĘPNY – ANKIETA DLA MIESZKAŃCA**

na potrzeby indywidualnego planu korzystania z usług

Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Lipsku

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Dokument potwierdzający niepełnosprawność: .....
4. Data urodzenia: .....
5. Data imienin: .....
6. Czy osoba ubezwłasnowolniona/ma ustalonego pełnomocnika\*: TAK/NIE\*  
  
Postanowienie Sądu Rejonowego: Syg. Akt . ....  
  
Pełnomocnictwo wydane przez Notariusza ..... Rep. ....  
  
Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika\*: .....,  
  
Dane osoby do kontaktu w sprawie uczestnika: .....  
Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres  
..... nr tel. ....
7. Schorzenia: .....  
.....  
.....  
.....  
.....
8. Leki przyjmowane na stałe: .....  
.....  
.....  
.....
9. Informacja w zakresie samoobsługi: .....  
.....  
.....

.....  
.....

10. Zainteresowania:

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

11. Umiejętności:

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

12. Ograniczenia uczestnika wynikające z niepełnosprawności: .....

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

13. Oczekiwania wobec świadczonych usług w COM:

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

14. Inne informacje/uwagi: .....

.....  
.....

15. Dane osoby do kontaktu z Centrum oraz do uzyskiwania informacji o stanie  
zdrowia:

.....  
.....

Imię i nazwisko, pesel, stopień pokrewieństwa, adres, nr. telefonu.

.....

.....

podpis pracownika COM

podpis mieszkańca COM/opiekuna prawnego/pełnomocnika

\*niepotrzebne skreślić

## Część II

### Indywidualny Plan Korzystania z Usług Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Lipsku

Imię i Nazwisko Mieszkańca.....

Data zamieszkania w COM.....

| <u>L.P</u> | Proponowany zakres usług, form wsparcia<br>i aktywności | Okres realizacji | Uwagi o realizacji<br>planu |
|------------|---------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1          |                                                         |                  |                             |
| 2          |                                                         |                  |                             |
| 3          |                                                         |                  |                             |
| 4          |                                                         |                  |                             |
| 5          |                                                         |                  |                             |
| 6          |                                                         |                  |                             |

Uzgodniono dnia .....

.....

Podpis mieszkańca lub opiekuna prawnego  
(osoby do reprezentacji)

.....

Podpis Kierownika COM