

KWESTIONARIUSZ OCENY FUNKCJONOWANIA

Część I. Wypełnia osoba zgłaszająca się do projektu¹

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej się do projektu	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego/ faktycznego (jeśli dotyczy)	

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL

Proszę wstawić znak „X” przy właściwej odpowiedzi

Pytanie	bez pomocy (2 pkt)	z niewielką pomocą (1pkt)	zupełnie nie (0pkt)
Czy potrafisz korzystać z telefonu?			
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?			
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?			
Czy możesz sam/sama przygotować posiłki?			
Czy możesz sam/sama wykonywać prace domowe (np. sprzątanie?)			
Czy możesz sam/sama majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?			
Czy możesz sam/sama wyprać swoje rzeczy?			
Czy sam/sama przyjmujesz lub mógłbyś/mogłabyś przyjmować leki?			
Czy możesz sam/sama gospodarować pieniędzmi?			
WYNIK			

Czy kandydat/kandydatka jest osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

TAK – (zdobyta liczba 0-12 pkt)

NIE — (zdobyta liczba 13-18 pkt) brak możliwości zakwalifikowania do udziału w projekcie

.....
podpis osoby zgłaszającej się do
projektu lub opiekuna prawnego/
faktycznego

¹ W przypadku opiekuna prawnego/ faktycznego dla osoby zgłaszającej się do projektu, może wypełnić/ podpisać opiekun prawny/ faktyczny