

Kowary, dnia

.....

(pieczęć przychodni)

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
Ul. Zamkowa 5
58-530 Kowary**

Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o przyznanie usług opiekuńczych

Imię i nazwisko chorego:

.....

Rok urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Proszę wypełnić przez postawienie krzyżyka w odpowiedniej rubryce:

I)ZAKRES WSPARCIA DOTYCZY:

Ocena stanu psychofizycznego	Wymaga pomocy	Nie wymaga pomocy	Uwagi
wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej			
wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie			
wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania			
wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem			

