

IMIĘ I NAZWISKO I PESEL WNIOSKODAWCY:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KARTA
UZUPEŁNIAJĄCA DOTYCZĄCA WNIOSKODAWCY**

L.p.	Czynność	Wynik (wpisać właściwą cyfrę)
1	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 -samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 1 -zależny 2 -potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 3 -niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 1 -zależny 2 -niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 1 -nie porusza się lub < 50 m 2 -niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 3 -spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 4 -niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 1 -nie jest w stanie 2 -potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 3 -samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 1 -zależny 2 -potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 3 -niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9	Miejsce zamieszkania (nie wpisywać tutaj adresu) : a) mieszkanie : jest * / nie ma* (* skreślić niepotrzebne) b) dom jednorodzinny : jest * / nie ma* (* skreślić niepotrzebne) c) ilość pokoi (wpisać ile jest pokoi) d) kuchnia : jest * / nie ma * (* skreślić niepotrzebne) e) łazienka (z wc, wanną, brodzikiem) : jest * / nie ma* (* skreślić niepotrzebne)	Ewentualne krótkie uwagi: