

## OCENA FORMALNA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI DO PROJEKTU

Kandydat/kandydatka:

- mieszka na terenie miasta Łodzi
- jest osobą niesamodzielną, która z powodu: *wieku / stanu zdrowia / niepełnosprawności (niewłaściwe skreślić)* potrzebuje wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego
- Powyższe stwierdzono na podstawie:
- dokumentu tożsamości  oceny stanu zdrowia wg skali Barthel
- zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia  orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- innych dokumentów/rozmowy/wywiadu/obserwacji* .....
- .....
- .....

**Ogólna ocena stanu osoby niesamodzielnej według skali Barthel (opis stopnia realizacji czynności życiowych) i/lub zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia:**

Liczba punktów .....

.....

.....

Dodatkowo na podstawie przedłożonej dokumentacji oraz rozmowy/wywiadu/obserwacji przeprowadzonej w trakcie OMŻ potwierdzono, że Kandydat/kandydatka potrzebuje pomocy i wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego tj. *(można podać inne czynniki wpływające na niesamodzielność):*

.....

### PODSUMOWANIE OCENY

Kandydat/kandydatka **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** *(niewłaściwe skreślić)*: warunki udziału oraz

- kwalifikuje się**  **nie kwalifikuje się**

do objęcia wsparciem w zakresie teleopieki dostępnym w ramach projektu pn. „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”.

**Na podstawie przeprowadzonej Oceny stwierdzono, że osoba niesamodzielna kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach:**

**I. USŁUG TELEOPIEKUŃCZYCH**  **TAK**  **NIE**

**Rekomendowany okres włączenia do usług teleopiekuńczych** .....

Informacja o ograniczeniach w możliwości użytkowania opaski bezpieczeństwa w szczególności ograniczeniach wynikających z niepełnosprawności lub informacja o szczególnych potrzebach związanych z procesem teleopieki oferowanych w ramach projektu :

.....

.....



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
*(miejsowość, data)*

.....  
*(podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia oceny)*