***Összegző lap***

Komplex támogatási szükségletmérő eszköz

*[a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 110/B. § (3) bekezdés b) pontjához]*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *I. Adatok* | | | | | | |  | | | | | | |
| Kliens neve: | | | | | | |  | | | | | | |
| Születés éve/életkora: | | | | | | |  | | | | | | |
| Támogatott lakhatás igénybevételét megalapozó célcsoporttag: | | | | | | | Fogyatékos személy | | | | | | |
|  | | | | | | | Pszichiátriai beteg személy | | | | | | |
|  | | | | | | | Szenvedélybeteg személy | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Jelenlegi lakhatás: | | | | | | | bentlakásos intézményben él | | | | | | |
|  | | | | | | | családban él | | | | | | |
| Amennyiben bentlakásos intézményben él, akkor összesen hány éve? | | | | | | | | | | | | | |
| Intézményi elhelyezést megelőzően: | | | | | | | önállóan | | | | | | |
|  | | | | | | | segítő támogatással\* élt? | | | | | | |
|  | | | | | | | *(Megfelelő szempont aláhúzandó!)* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Családi állapota: | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Gyermekek száma/vele egy háztartásban élő gyermekek száma: | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Végzettsége: | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Hány éves munkatapasztalattal rendelkezik: | | | | | | | Milyen típusú foglakoztatási formában? | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Jelenlegi munkahelye: | | | | | | | Jelenlegi foglalkoztatási forma: | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Jelenlegi munkaköre: | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | |  | | | |
| *II. Az egyes életterületeken mutatkozó támogatási szükségletek és a hozzá rendelhető szolgáltatások* | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | |  | | | |
| **Területek** | Támogatás típusa | | | Támogatás gyakorisága | | | | Támogatás napi időtartama | | Szolgáltatások | | | |
| I. Személyi higiéné | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás Szállítás Készségfejlesztés | | | |
| II. Személyi függetlenség | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás Szállítás Készségfejlesztés | | | |
| III. Mobilitás | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás Szállítás Készségfejlesztés | | | |
| IV. Életvezetéssel: Bevásárlás, háztartási munkák | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás  Szállítás  Készségfejlesztés | | | |
| IV. Életvezetéssel: Hivatalos ügyek, pénzkezelés | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás Szállítás Készségfejlesztés | | | |
| V. Kapcsolatok | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás Szállítás Készségfejlesztés | | | |
| VI. Közösségi részvétel | Ö - Önálló E - Figyelemmel kísérés, szóbeli vagy gesztusos támogatás K - Intenzív motiválás, részleges támogatás F - Teljes támogatás | | | E - Havonta, kéthetente K - Hetente rendszeresen F - Naponta és naponta többször | | | | E - 0‐1 óra  K - 1‐2 óra  F - több mint 2 óra | | Tanácsadás Esetkezelés Gyógypedagógiai segítségnyújtás Pedagógiai segítségnyújtás Gondozás Étkeztetés Felügyelet Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás Szállítás Készségfejlesztés | | | |
|  | |  |  | | | | |  |  | | | |  |
| *III. Egészségügyi és viselkedési szükségletek. Kockázatok* | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | |  |  | | | |  |
| **Egészségmegőrzés. Egészségügyi kockázatok** *(Csak a támogatás gyakoriságát kell jelölni, amennyiben szükséges!)* | | | | | | | | | | | | | |
| Diéta | |  | Epilepszia miatti megfigyelés | | | | |  | Rendszeres egészségügyi állapot kontrollja | | | |  |
| Gyógyszerek | |  | Táplálkozási zavarok miatti figyelem | | | | |  | Pszichés megfigyelés | | | |  |
| Segédeszköz használat | |  | Napi folyadék‐fogyasztásra ellenőrzése | | | | |  | Orvoshoz kísérés | | | |  |
| Segédeszköz tisztántartás | |  | Decubitus megelőzés kezelés | | | | |  | Egyéb egészségügyi szükséglet | | | |  |
|  | |  |  | | | | |  |  | | | |  |
| Kockázati tényezők *(Nagyobb figyelmet igénylő életterületek, viselkedés vagy élet helyzet)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | |  |  | | | |  |
|  | | | | | |  |  | | | | |  | |
| *IV. Lakhatással kapcsolatos javaslatok* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | |  | |
| **Lakhatás tervezésénél fontos szempontok** *(Megfelelő szempont X‐szel jelölendő!)* | | | | | | | | | | | | | |
| Fizikailag akadálymentes lakókörnyezetet igényel | | | | | |  | Helyzetváltoztatáshoz segédeszközt használ  nagy helyigény | | | | |  | |
| Jó megvilágítás/több fényforrás elhelyezése fontos számára | | | | | |  | Szintkülönbséghez lift szükséges számára | | | | |  | |
| Egyágyas lakószoba szükséges számára | | | | | |  | Alternatív, augmentatív kommunikációs eszközök szükségesek számára | | | | |  | |
|  | | | | | |  |  | | | | |  | |
| *V. A támogatási szükségletekhez rendelt szociális szolgáltatások összegzése* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | |  | |
| **Mely szolgáltatások igénybevétele javasolt** *(Megfelelő szolgáltatási elem X‐szel jelölendő!)* | | | | | | | | | | | | | |
| Tanácsadás | | | | | |  | Esetkezelés | | | | |  | |
| Gyógypedagógiai segítségnyújtás | | | | | |  | Pedagógiai segítségnyújtás | | | | |  | |
| Gondozás | | | | | |  | Étkeztetés | | | | |  | |
| Felügyelet | | | | | |  | Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás | | | | |  | |
| Szállítás | | | | | |  | Készségfejlesztés | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| *VI. Szociális szolgáltatási elemek részletezése* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Az egyes életterületeken megjelenő szolgáltatási tartalmak részletesen figyelembe véve a kliens elképzeléseit, terveit:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Tanácsadás | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Esetkezelés | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Gyógypedagógiai segítségnyújtás | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Pedagógiai segítségnyújtás | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Gondozás | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Étkeztetés | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Felügyelet | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Háztartási vagy háztartást pótló tevékenység | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Szállítás | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Készségfejlesztés | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| *VII. Felmérésre vonatkozó adatok* | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Felmérés elkészítésének** | | | | | időpontja: | | | | | | | | |
|  | | | | | helyszíne: | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Felmérő** | | | | | neve: | | | | | | | | |
|  | | | | | telefonszáma:  e‐mail címe | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Felmérésen részt vevő munkatársak** | | | | | neve, végzettsége: | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Korábbi vizsgálatok az eszközzel** | | | | | azonosító szám: | | | | | | | | |
|  | | | | | időpont: | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Egyéb kiegészítések, megjegyzések:** | | | | |  | | | | | | | | |
| **Támogatott lakhatás igénybevételét megalapozó szükséglet fennáll, az alábbiak szerint:**  ***Átlagos támogatási szükséglet***  ***Fokozott támogatási szükséglet***  ***Magas támogatási szükséglet***  ***áll fenn.*** | | | | | | | | | | | *(Megfelelő aláhúzandó!)* | | |
| **Indoklás:** | | | | | | | | | | |  | | |

Dátum:

Aláírás: