

**САВРАНСЬКА СЕЛИЩНА РАДА**

**ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

**РІШЕННЯ**

смт Саврань № 8/3 від 09.06.2022 року

Про заходи із забезпечення проведення анкетування

з комплексного визначення ступення індивідуальних

потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг

і проживає на території Савранської селищної

територіальної громади

Відповідно до частини 4 статті 34 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», статті 13 Закону України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 №2671-VIII, постанов Кабінету Міністрів України на виконання вимог підпункту 3 пункту 1 та підпункту 4 пункту 2 Постанови Кабінету Міністрів України від 07.05.2022 року № 591 «Зміни, що вносяться до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 23.09.2020р. № 859 і від 6 жовтня 2021 р. № 1040», з метою проведення комплексного визначення ступеня індивідуальних потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг і проживає на території Савранської селищної територіальної громади для подальшого призначення компенсації фізичній особі, яка здійснює догляд за нею, виконавчий комітет селищної ради,

ВИРІШИВ:

1. Затвердити форму анкети з комплексного визначення ступеня індивідуальних потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг (додаток 1)
2. Відділу соціального захисту населення селищної ради (Воробйова Л.І.):
   1. Згідно затвердженої форми анкети проводити анкетування осіб, які потребують надання соціальних послуг та проживають на території Савранської селищної громади;
   2. Залучати до проведення анкетування:
      1. представників КНП «Савранський центр первинної медико-санітарної допомоги» згідно списку (Додаток № 2) відповідно до закріпленої за ними території обслуговування;
      2. ФОП Ткаченко С.М., у разі проведення анкетування осіб, які потребують надання соціальних послуг та уклали з ним декларацію, про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (за згодою)
3. КНП «Савранський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Лещенко В.Б.) забезпечити участь визначених працівників підприємства у анкетуванні осіб, які потребують надання соціальних послуг та проживають на території Савранської селищної громади.

4. Під час процесу анкетування з комплексного визначення ступеня індивідуальних потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг, що проводиться виключно за місцем проживання заявника, його учасникам, неухильно дотримуватися норм діючого законодавства та не допускати формального підходу щодо визначення потреб особи.

5. Контроль за виконанням цього рішення покласти на першого заступника селищного голови Базея М.М.

Савранський селищний голова Сергій ДУЖІЙ

Додаток 1 до рішення виконавчого комітету

Савранської селищної ради

від 09.06.2022 року № 8/3

**Анкета**  **щодо комплексного визначення**

**ступеня індивідуальних потреб особи, яка потребує надання   
соціальних послуг (з догляду)**

**1. П.І.Б. отримувача** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Адреса проживання/перебування** отримувача**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Назва  соціальної допомоги** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Вік** *(підкреслити необхідне***):**

* до 18-ти років
* до 60-ти років
* 60 років і більше;
* 70 років і більше;
* 80 років і більше

**5.До якої категорія населення відноситься отримувач соціальної послуги** *(пікреслити необхідне) :*

* діти з інвалідністю;
* громадяни похилого віку з когнітивними порушеннями
* невиліковно хворі особи, які через порушення функцій організму не можуть самостійно пересуватисьт та самообслуговуватись
* діти, яким не встановлена інвалідність, але які є хворими на тяжкі захворювання;
* особи з інвалідністю  І групи

**Можливість виконання елементарних дій *(****вибрати одну відповідь по кожному пункту)*

**6. Прийом їжі**

|  |  |
| --- | --- |
| приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно, користується посудом, столовими приборами та побутовою технікою без труднощів |  |
| приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно, але за довший проміжок часу |  |
| приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно із застосуванням спеціального посуду та технічних засобів реабілітації |  |
| приймає їжу самостійно або за допомогою технічних засобів реабілітації, але не може приготуватися до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи налити рідину у склянку тощо) |  |
| потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги під час приготування до прийому їжі та прийому їжі (наприклад, під час розрізання продуктів харчування, приготування бутербродів тощо) (до 25 відсотків дій чи часу) |  |
| необхідний постійний нагляд або часткова допомога під час прийому їжі (до 50 відсотків дій чи часу приймання їжі) |  |
| потребує значного обсягу допомоги під час прийому їжі |  |
| не може самостійно приймати їжу |  |

**7. Купання**

|  |  |
| --- | --- |
| приймає ванну чи душ самостійно без труднощів |  |
| приймає ванну чи душ самостійно з труднощами |  |
| потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги під час прийому ванни чи душу, наприклад під час виходу з ванни чи душу, роздягання (до 25 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує сторонньої допомоги під час прийому ванни чи душу (до 50 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги під час прийому ванни чи душу |  |
| купання здійснюється тільки із сторонньою допомогою в межах ліжка, у тому числі за допомогою ванни каркасної складної |  |

**8. Особистий туалет (вмивання, розчісування, чищення зубів, бриття, маніпуляції із зубними протезами**

|  |  |
| --- | --- |
| самостійно без труднощів |  |
| самостійно з труднощами |  |
| потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги (до 25 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує сторонньої допомоги (до 50 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги |  |
| не може самостійно |  |

**9. Одягання і взування**

|  |  |
| --- | --- |
| вдягається і взувається самостійно без труднощів |  |
| вдягається і взувається самостійно із застосуванням технічних засобів реабілітації без труднощів |  |
| повільно вдягається і взувається самостійно або із застосуванням технічних засобів реабілітації |  |
| з труднощами вдягається і взувається самостійно або із застосуванням технічних засобів реабілітації |  |
| під час вдягання і взування потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги, наприклад: під час застібання гудзиків, завязування шнурків ( до 25 % часу) |  |
| потребує сторонньої допомоги під час вдягання і взування (до 50 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги під час вдягання і взування |  |
| не може самостійно вдягатися і взуватися |  |

**10. Контроль дефекації**

|  |  |
| --- | --- |
| повністю контролює дефекацію, у разі потреби може використовувати клізму чи свічки без сторонньої допомоги |  |
| має функціонуючу колостому, за якою доглядає із застосуванням калоприймача самостійно |  |
| випадкові інциденти не частіше ніж один раз на тиждень або потребує допомоги під час використання клізми і свічок (не частіше ніж один раз на тиждень) |  |
| періодично (два - три рази на тиждень) не контролює дефекацію, або потребує використання клізми за допомогою надавача соціальної послуги, або має функціонуючу колостому, за якою може доглядати із застосуванням калоприймача самостійно з частковою сторонньою допомогою |  |
| практично не контролює дефекацію (порушення більше ніж три рази на тиждень), за колостомою доглядати самостійно не може |  |
| постійно не контролює дефекацію або потребує застосування клізми чи догляду за колостомою, що здійснюється надавачем соціальної послуги |  |

**11. Контроль сечовиділення**

|  |  |
| --- | --- |
| повністю контролює сечовиділення без сторонньої допомоги |  |
| самостійно справляється з уростомою із застосуванням сечоприймача та інших спеціальних засобів або самостійно справляється з катетером |  |
| випадкові інциденти не частіше одного разу на добу |  |
| періодично (два - три рази на добу) не контролює сечовиділення або є функціонуюча уростома, за якою може доглядати із застосуванням сечоприймача із частковою сторонньою допомогою |  |
| практично не контролює сечовиділення (порушення більше ніж три рази на добу), за уростомою самостійно доглядати не може, використовуються памперси |  |
| постійно не контролює сечовиділення чи потребує використання катетера, яким не може користуватися самостійно; постійно використовуються памперси або відмовляється від їх використання (внаслідок психічних порушень чи з інших причин) |  |

**12. Відвідування туалету**

|  |  |
| --- | --- |
| відвідує туалет самостійно без труднощів |  |
| відвідує туалет самостійно із застосуванням технічних засобів реабілітації |  |
| насилу відвідує туалет із використанням крісла-туалету, технічних засобів реабілітації без сторонньої допомоги |  |
| потребує незначної сторонньої допомоги та нагляду під час відвідування туалету, застосування крісла-туалету, наприклад для збереження рівноваги, під час роздягання, вдягання та інших дій |  |
| потребує значної сторонньої допомоги під час відвідування туалету |  |
| не може відвідувати туалет, для фізіологічних потреб необхідне застосування спеціальних засобів (судно, памперси) безпосередньо у ліжку |  |

**13.Вставання і перехід з ліжка**

|  |  |
| --- | --- |
| переходить самостійно без труднощів |  |
| переходить за допомогою технічних засобів реабілітації |  |
| під час переходу потребує нагляду (чи мінімальної допомоги) |  |
| переходить самостійно чи за допомогою технічних засобів реабілітації з труднощами |  |
| самостійно сидить у ліжку, під час переходу необхідна часткова стороння допомога |  |
| сидить, але перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги |  |
| сідає і сидить тільки за підтримки, перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги |  |
| не може сидіти в ліжку та встати з ліжка навіть за сторонньої допомоги |  |

**14. Пересування**

|  |  |
| --- | --- |
| пересувається без сторонньої допомоги на відстань більше ніж 500 метрів, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається самостійно без сторонньої допомоги на відстань більше ніж 500 метрів із застосуванням технічних засобів реабілітації, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається самостійно без сторонньої допомоги на відстань більше ніж 500 метрів із застосуванням технічних засобів реабілітації повільно та з труднощами, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається із сторонньою допомогою в межах 500 метрів, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається самостійно на відстань до 100 метрів або пересувається за допомогою крісла-коляски, ходить помешканням повільно із зупинками на відпочинок |  |
| пересувається на відстань до 100 метрів із застосуванням технічних засобів реабілітації, ходить помешканням з труднощами |  |
| пересувається на відстань до 100 метрів тільки із сторонньою допомогою, ходить помешканням із сторонньою допомогою |  |
| не може самостійно пересуватися на відстань більше ніж 50 метрів |  |

**15. Підйом сходами**

|  |  |
| --- | --- |
| самостійно підіймається сходами |  |
| підіймається сходами самостійно за допомогою технічних засобів реабілітації |  |
| потребує багато часу для самостійного чи за допомогою технічних засобів реабілітації підйому сходами |  |
| потребує незначної сторонньої допомоги (чи нагляду) |  |
| підіймається сходами тільки із сторонньою допомогою |  |
| не може підійматися сходами навіть із сторонньою допомогою |  |

|  |
| --- |
|  |

**Оцінки можливості виконання складних дій** *(вибрати одну відповідь по кожному пункту)*

**16.Користування телефоном**

|  |  |
| --- | --- |
| користується телефоном самостійно |  |
| користується тільки спеціально обладнаним телефоном (наприклад, через слабкий слух чи зір) |  |
| користується телефоном з невеликою допомогою чи набираючи тільки добре знайомі номери |  |
| спілкується телефоном, якщо інша людина набере необхідний номер |  |
| не може користуватися |  |

**17. Пересування на відстані понад 1000 метрів**

|  |  |
| --- | --- |
| пересувається самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на таксі, планує поїздки самостійно |  |
| пересувається самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на таксі, після докладних словесних інструкцій |  |
| пересувається самостійно, із незначною сторонньою допомогою, у тому числі громадським транспортом чи на таксі |  |
| пересувається громадським транспортом чи на таксі тільки з постійним супроводом |  |
| не пересувається |  |

**18. Дрібні покупки в магазині**

|  |  |
| --- | --- |
| робить покупки самостійно |  |
| робить покупки з незначною допомогою |  |
| робить покупки за умови сторонньої допомоги та супроводу |  |
| не може робити покупки |  |

**19. Приготування їжі**

|  |  |
| --- | --- |
| готує самостійно |  |
| готує із напівфабрикатів |  |
| готує з незначною допомогою |  |
| тільки розігріває їжу |  |
| не може готувати |  |

**20. Ведення домашнього господарства**

|  |  |
| --- | --- |
| веде господарство самостійно |  |
| виконує самостійно нетрудомісткі види робіт |  |
| веде господарство з незначною допомогою |  |
| потребує сторонньої допомоги під час виконання більше ніж половини робіт |  |
| не може вести домашнє господарство |  |

**21. Дозвілля, у тому числі рукоділля**

|  |  |
| --- | --- |
| дозвілля організовує самостійно |  |
| деякі види дозвілля організовує самостійно |  |
| дозвілля організовує самостійно з незначною допомогою |  |
| не може самостійно організувати своє дозвілля |  |

**22. Прання**

|  |  |
| --- | --- |
| пере самостійно |  |
| пере самостійно тільки за допомогою пральної машини |  |
| пере самостійно із незначною допомогою, наприклад під час розвішування білизни |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги |  |
| не може прати |  |

**23. Прийом лікарських засобів**

|  |  |
| --- | --- |
| приймає лікарські засоби самостійно (правильно дозуючи та у відповідний час) |  |
| приймає лікарські засоби самостійно з незначною допомогою (у разі дозування лікарських засобів та нагадування про необхідність їх прийняти) |  |
| не може самостійно приймати лікарські засоби |  |

**24. Розпорядження особистими коштами**

|  |  |
| --- | --- |
| розпоряджається самостійно |  |
| розпоряджається самостійно з незначною допомогою |  |
| здійснює поточні витрати самостійно, але планувати бюджет не може |  |
| розпоряджатися не може |  |

Сума балів відповідно шкали оцінки можливості виконання елементарних дій, затвердженої постановою КМУ від 07.05.2022р. № 591 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Група рухової активності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкетування проведено:**

Головний спеціаліст відділу соціального

захисту населення селищної ради \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**в присутності:**

Представник закладу

охорони здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Надавач соціальної послуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особа, яка потребує послуг, та/або

його законний представник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата визначення ступеня індивідуальної потреби «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ДодатокДодаток 2  Додаток 2  до рішення виконавчого комітету  Савранської селищної ради  від 09.06.2022 року № 8/3 |

Список

представників КНП «Савранський ЦПМСД», які братимуть участь у проведенні анкетування з комплексного визначення ступеня індивідуальних потреб особи, яка потребує надання соціальних послуг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Назва підприємства** | **Адреса** | **Номер телефону** | **Прізвище, ім’я медсестри Савранського ЦПМСД** |
| 1. | Савранська АЗПСМ | смт.Саврань, вул. Соборна,15 | 0977127019 0987745973 | Маркова Наталя Олександрівна Жовта Ірина Михайлівна |
| 2. | Осичківська АЗПСМ | с.Осички ,вул. Центральна, 134 | 0982594784 | Сметанюк Людмила Олександрівна |
| 3. | Полянецька АЗПСМ | с.Полянецьке,вул.Шевченка,6 | 0977391507 | Денесюк Ольга Сергіївна |
| 4. | Концебівська АЗПСМ | с.Концеба, вул.Вишнева,100 | 0978341237 | Шатайло Галина Петрівна |
| 5. | Бакшанська АЗПСМ | с.Бакша, вул.Шкільна,7 | 0683295276 | Педаховська Надія Григорівна |
| 6. | Дубинівський ФАП | с. Дубинове, вул.Івана Франка,20 | 0931044470 | Крістіян Вікторія Миколаївна |
| 7. | Вільшанський ФАП | с. Вільшанка, вул.Центральна,134 | 0964874874 | Товт Леся Сергіївна |
| 8. | Байбузівський ФАП | с.Байбузівка,вул.Шевченка,6 | 0672904602 | Волохатюк Марина Анатоліївна |
| 9. | Кам’янський ФАП | с.Кам’яне, вул. Патріотична,88 | 0963267039 | Антосюк Тамара Вікторівна |
| 10. | Неділківський ФАП | с.Неділкове, вул.Миру,18 | 0966230083 | Буманська Ольга Олексіївна |
| 11. | Йосипівський ФП | с.Йосипівка, пр. Громової,6 | 0982479133 | Бурячок Тетяна Григорівна |
| 12. | Гетьманівський ФП | с.Гетьманівка, вул. Червона,12 | 0967676896 | Півторак Тетяна Русланівна |
| 13. | Глибочанський ФП | с.Глибочок | 0977391507 | Денисюк Ольга Сергіївна |
| 14. | Слюсарівський ФП | с. Слюсарево, вул.Перемоги,13 | 0931044470 | Крістіян Вікторія Миколаївна |
| 15. | Капустянський ФП | с.Капустянка | 0683295276 | Педаховська Надія Григорівна |