

Proszę przeczytać uważnie poniższe treści i wstawić X w okienku odpowiednim do aktualnej sytuacji klienta :

UMIĘTNOŚCI ŻYCIOWE - OCENA KLIENTA		UMIĘTNOŚCI ŻYCIOWE - OCENA PRACOWNIKA	
1-2 <input type="checkbox"/>	Nie potrafię nic robić. Nie radzę sobie z niczym. Nie potrafię wykonać podstawowych czynności dnia codziennego (pranie, gotowanie, zakupy, higiena osobista) Nie potrzebuję tego robić.	1-2 <input type="checkbox"/>	Nie potrafi nic robić. Nie radzi sobie z niczym. Nie potrafi wykonać podstawowych czynności dnia codziennego (pranie, gotowanie, zakupy, higiena osobista) Nie potrzebuje tego robić.
3-4 <input type="checkbox"/>	Rzadko dostaję wsparcie od innych przy wykonywaniu podstawowych czynnościach dnia codziennego. Rzadko piorę, sprzątam, myję się. Zdarza się, że przez dłuższy okres czasu nic nie robię.	3-4 <input type="checkbox"/>	Rzadko dostaje wsparcie od innych przy wykonywaniu podstawowych czynnościach dnia codziennego. Rzadko pierze , sprząta, myje się. Zdarza się, że przez dłuższy okres czasu nic nie robi.
5-6 <input type="checkbox"/>	Czasami potrzebuję wsparcia od innych przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Staram się wszystko robić samodzielnie. Wiem, że powinienem robić wszystko sam, staram się , ale czasami mi nie wychodzi.	5-6 <input type="checkbox"/>	Czasami potrzebuje wsparcia od innych przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Stara się wszystko robić samodzielnie. Wie, że powinien robić wszystko sam, się , ale czasami mu nie wychodzi.
7-8 <input type="checkbox"/>	Często wykonuję wszystkie czynności dnia codziennego sam. Wiem gdzie się mogę zgłosić o pomoc w razie trudności. Korzystam ze szkoleń treningowych , podnoszę swoje umiejętności	7-8 <input type="checkbox"/>	Często wykonuje wszystkie czynności dnia codziennego sam. Wiem gdzie się może zgłosić o pomoc w razie trudności. Korzysta ze szkoleń treningowych , podnosi swoje umiejętności.
9-10 <input type="checkbox"/>	Jestem całkowicie samodzielny. Nie potrzebuję wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Wiem co mam robić . W razie potrzeby wiem do kogo się zwrócić. Nie potrzebuję wsparcia od innych.	9-10 <input type="checkbox"/>	Jest całkowicie samodzielny. Nie potrzebuje wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Wie co ma robić . W razie potrzeby wie do kogo się zwrócić. Nie potrzebuje wsparcia od innych.

PLAN DZIAŁANIA:

POTRZEBA	CO TRZEBA ZROBIĆ ? (np. nauczyć się gotować)	JAK MA TO ZOBIĆ?	KIEDY MA TO ZROBIĆ ?	WERYFIKACJA ZADANIA