

**Kwestionariusz oceny funkcjonowania osoby wymagającej wsparcia
dla kandydatów/kandydatek do Programy „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026***

1. Dane osobowe kandydata/kandydatki

1.	IMIĘ											
2.	NAZWISKO											
3.	PESEL											

2. Ocena codziennego funkcjonowania w poszczególnych obszarach:

I.	OBSZAR SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ				
	Oceń zdolność do poruszania się – wstaw „X” przy właściwym określeniu				
	w domu		samodzielnie bez sprzętów ortopedycznych		nie poruszam się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
			samodzielnie po oprotegowaniu		samodzielnie z laską/ z pomocą kul
			z balkonikiem		na wózku inwalidzkim
			z przewodnikiem		
	poza domem		samodzielnie bez sprzętów ortopedycznych		nie poruszam się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
			samodzielnie po oprotegowaniu		samodzielnie z laską/ z pomocą kul
			z balkonikiem		na wózku inwalidzkim
			z przewodnikiem		
	SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW W OBSZARZE I				PKT

II.	OBSZAR CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH			
	Czy wymagasz pomocy innych osób w czynnościach samoobsługowych? Wstaw X w odpowiednim polu.			
	podczas ubierania (przygotowanie ubrań, nałożenie ubrań, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrań)		TAK	NIE
	przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (kontrola/brak kontroli nas czynnościami wydalniczymi), dojście do toalety i powrót		TAK	NIE
	przy utrzymaniu ciała w czystości (mycie przy umywalce, wejście/wyjście z wanny, branie prysznica, mycie włosów, czesanie, toaleta jamy ustnej, obcinanie paznokci rąk i nóg)		TAK	NIE
	przy odżywianiu (sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, posługiwanie się sztućcami)		TAK	NIE
	podczas przygotowywania posiłków		TAK	NIE
	przy przyjmowaniu leków		TAK	NIE
	w poruszaniu się (wstawanie z łóżka, powrót do niego, siadania na krześle/wstawanie, chodzenie w obrębie mieszkania, chodzenie po schodach)		TAK	NIE

	podczas opuszczania mieszkania/powrotu do niego (wchodzenie/wychodzenie do/z mieszkania)		TAK		NIE
	w korzystaniu ze środków komunikacji publicznej (autobus, tramwaj, pociąg)		TAK		NIE
	w przemieszczaniu się poza miejsce zamieszkania		TAK		NIE
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW W OBRZARZE II:		PKT			

III.	OBSZAR PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO				
	Czy wymagasz wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w tym: (wstaw X w odpowiednim polu)?				
	samodzielnym sprzątaniu		TAK		NIE
	robieniu gruntownych porządków (mycie okien, wieszanie firan, mycie podłóg, itp.)		TAK		NIE
	praniu i prasowaniu		TAK		NIE
	ogrzewaniu mieszkania		TAK		NIE
	gotowaniu		TAK		NIE
	zmywaniu		TAK		NIE
	reparacji garderoby		TAK		NIE
	zmianie pościeli		TAK		NIE
	robieniu zakupów		TAK		NIE
	planowaniu budżetu domowego		TAK		NIE
	dbaniu o własność osobistą i bezpieczeństwa domowe		TAK		NIE
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW W OBSZARZE III:		PKT			

IV.	OBSZAR KOMUNKACJI				
	Czy masz problem/ograniczenia w komunikowaniu się z otoczeniem, w szczególności: (wstaw x w odpowiednim polu)				
	Mam kłopoty ze słuchem (jeżeli TAK, to opisz je poniżej np. lekki niedosłuch, brak słuchu w ogóle, konieczność używania aparatu słuchowego)		TAK		NIE

	Mam problemy z mówieniem (jeżeli TAK, to opisz je poniżej (jąkam się, seplenię, nie mówię pełnymi zdaniami, mówię pojedyncze słowa, w ogóle nie mówię)		TAK		NIE
	Mam kłopoty w rozumieniu innych osób (jeżeli TAK, opisz poniżej na czym one polegają, np. nie rozumiem poleceń)		TAK		NIE
	Mam kłopoty z pamięcią (jeżeli TAK, opisz poniżej na czym one polegają np. o czym zapominasz)		TAK		NIE
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW W OBSZARZE IV:		PKT			

V.	OBSZAR DOBROSTANU PSYCHICZNEGO				
	Czy zmagasz się z poniższymi problemami ?(wstaw X we właściwym polu)				
	Czy doskwiera Ci samotność?		TAK		NIE
	Czy w otoczeniu innych osób czujesz się odizolowana/odizolowany społecznie?		TAK		NIE
	Czy odczuwasz stany lękowe?		TAK		NIE
	Czy masz stany obniżonego nastroju, apatię?		TAK		NIE
	Czy zdarzyło Ci się mieć myśli samobójcze?		TAK		NIE
	Czy odczuwasz brak aktywności życiowej/społecznej?		TAK		NIE
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW W OBSZARZE V:		PKT			

VI.	OBSZAR AKTYWNOŚCI ŻYCIOWEJ I KOMUNIKACJI Z OTOCZENIEM				
	Czy wymagasz wsparcia innych osób w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem? (wstaw X w odpowiednim polu)				
	przy obsłudze komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących do komunikacji		TAK		NIE
	podczas wyjścia z domu/na spacer/na zakupy/do lekarza/kina/restauracji itp.		TAK		NIE
	w załatwianiu spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem,/ potencjalnym pracodawcą/ wypełnianiu dokumentów/formularzy, tworzeniu CV		TAK		NIE
	w dojeździe/powrocie do/z miejsca aktywności życiowej		TAK		NIE
	w rozmowach z otoczeniem/innymi osobami w związku z trudnością z werbalnym komunikowaniem się		TAK		NIE

	w podejmowaniu codziennych decyzji lub załatwianiem spraw codziennych		TAK	NIE
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW W OBSZARZE VI:		PKT		

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/s odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, która wynika z treści art. 233 §1 Kodeksu karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Data.....

.....

Czytelny podpis kandydata/kandydatki
lub opiekuna prawnego kandydata/kandydatki

* Kwestionariusz wypełnia kandydat/kandydatka (również przy pomocy osoby trzeciej) lub opiekun prawny kandydata/kandydatki do Programu.