

Kwestionariusz indywidualnej oceny sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby
z niepełnosprawnością

1. Dane osobowe osoby z niepełnosprawnością:

1.	IMIĘ	
2.	NAZWISKO	

2. Dane osobowe członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

1.	IMIĘ	
2.	NAZWISKO	

3. Ocena codziennego funkcjonowania i potrzeb osoby z niepełnosprawnością:

I.	OBSZAR SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ				
	Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się: (wstaw „X” przy właściwym określeniu)				
	w domu		samodzielnie bez sprzętów ortopedycznych		nie poruszam się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
			samodzielnie po oprotezowaniu		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 oprotezowaniu		samodzielnie z laską/ z pomocą kul
			z balkonikiem		na wózku inwalidzkim
			z przewodnikiem		

II.	OBSZAR CZYNNOŚCI SAMOOBŚLUGOWYCH				
	Czy osoba z niepełnosprawnością wymaga wsparcia 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

III.	OBSZAR PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO Czy osoba z niepełnosprawnością wymaga 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

IV.	OBSZAR KOMUNKACJI Czy osoba z niepełnosprawnością ma problem/ograniczenia w komunikowaniu się z otoczeniem, w szczególności: (wstaw x w odpowiednim polu)				
	ma kłopoty ze słuchem (jeżeli TAK, to opisz je poniżej np. lekki niedosłuch, brak słuchu w ogóle, konieczność używania aparatu słuchowego)		TAK		NIE
	ma 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
	ma kłopoty w rozumieniu innych osób (jeżeli TAK, opisz poniżej na czym one polegają, np. nie rozumiem poleceń)		TAK		NIE

	ma kłopoty z pamięcią (jeżeli TAK, opisz poniżej na czym one polegają np. o czym zapominasz)		TAK		NIE

V.	OBSZAR AKTYWNOŚCI ŻYCIOWEJ I KOMUNIKACJI Z OTOCZENIEM Czy osoba z niepełnosprawnością wymaga 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

4. Sytuacja osoby z niepełnosprawnością (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat).

Czy osoba z niepełnosprawnością:

- a) korzysta z ośrodka wsparcia (np. Dzienny Dom Pobytu, Dzienny Dom Senior +, Środowiskowy Dom Samopomocy)?

☐

Tak

☐

Nie

- b) korzysta z placówki pobytu całodobowego (np. dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, środowiskowy dom samopomocy)?

☐

Tak

☐

Nie

- c) korzysta z warsztatu terapii zajęciowej?

☐

Tak

☐

Nie

- d) jest uczniem (przedszkola, szkoły podstawowej, liceum ogólnokształcącego, technikum, branżowej szkoły I stopnia, branżowej szkoły II stopnia, szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy, ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego lub szkoły policealnej)?

☐

Tak

☐

Nie

e) jest studentem?

☐

Tak

☐

Nie

5. Ocena sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością?

5.1. Czy Pan/Pani zamieszkuje wspólnie z osobą z niepełnosprawnością?

☐

Tak

☐

Nie

5.2. Czy Pan/Pani prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z osobą z niepełnosprawnością?

☐

Tak

☐

Nie

5.3. Czy jest Pan/Pani w wieku produkcyjnym (18-60 lat kobiety, 18-65 lat mężczyźni)?

☐

Tak

☐

Nie

5.4. Czy Pan/Pani jest nieaktywny/nieaktywna zawodowo?

☐

Tak

☐

Nie

5.5. Czy ma Pan/Pani ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością?

☐

Tak

☐

Nie

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 do Programu