

KWESTIONARIUSZ
do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego / zawodowego oraz zakresu niezbędnej opieki
i pomocy
dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania lub pobytu
4. Numer i seria dowodu osobistego
5. PESEL.....

II. PODSTAWOWE PROBLEMY ZDROWOTNE

.....
.....
.....
.....

III. WYKSZTAŁCENIE

1. Wykształcenie: *
 - ☐ podstawowe,
 - ☐ gimnazjalne
 - ☐ zasadnicze zawodowe
 - ☐ średnie ogólnokształcące
 - ☐ średnie zawodowe
 - ☐ policealne
 - ☐ licencjat
 - ☐ inżynier
 - ☐ magister
 - ☐ inne (w tym kontynuacja nauki)
2. Kierunek kształcenia.....
3. Uzyskany zawód/posiadany tytuł:.....
4. Inne (np. studia podyplomowe).....

IV. KWALIFIKACJE

(w przypadku osób przebywających na emeryturze wpisujemy „nie dotyczy”)

1. Szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki).....
.....
.....
2. Znajomość obsługi komputera (poziom, znajomość języków oprogramowania).....
.....
3. Prawo jazdy: *
 - ☐ posiada (jakiej kategorii)
 - ☐ nie posiada
4. Języki obce: *
 - ☐ brak znajomości
 - ☐ posiada znajomość (jakie języki i na jakim poziomie).....
.....

V. PRZEBIEG KARIERY ZAWODOWEJ

1. Ogólny staż pracy w latach.....
2. Wykonywane wcześniej zawody.....

3. Aktualnie wykonywana praca (aktualne stanowisko pracy/przez jaki okres czasu),
w przypadku osób przebywających na emeryturze wpisujemy „nie dotyczy”

4. Plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia - **nie dotyczy osób przebywających na emeryturze**
(w jaki sposób posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zmieni Pani/Pana sytuację zawodową – cel posiadania orzeczenia):

5. Ogólna ocena perspektyw zawodowych orzekanego pod kątem zatrudnienia - **nie dotyczy osób przebywających na emeryturze**
(czy potrzebuje Pani/Pan w najbliższym czasie podjąć szkolenie, kształcenie zawodowe np. kursy, studia, przekwalifikowanie):

VI. SYTUACJA RODZINNA

Stan cywilny

Liczba dzieci i ich wiek

VII. SYTUACJA MIESZKANIOWA

(np. bloki kamienica, domek jednorodzinny, inne-jakie) proszę podać.....

ilość pokoi (nie licząc kuchni) które piętro.....

Czy w budynku jest winda a) tak b) nie

Czy w mieszkaniu znajduje się: - łazienka a) tak b) nie

- wc a) tak b) nie

- kuchnia a) tak b) nie

- gaz a) tak b) nie

- bieżąca woda a) tak b) nie

- ogrzewanie a) tak b) nie jakie?.....

Czy mieszkanie jest przystosowane do potrzeb rodziny wynikających z naruszonej
sprawności organizmu osoby orzekanej ? a) tak b) nie

Jeśli nie, to dlaczego?.....

Liczba osób wspólnie zamieszkujących

Posiadanie oddzielnego pokoju przez osobę orzekaną

VIII. SPOSÓB ZABEZPIECZENIA SYTUACJI BYTOWEJ WŁASNEJ I RODZINY
Z czego utrzymuje się rodzina?

Źródła dochodu:*

- ☐ brak
 - ☐ na utrzymaniu rodziny
 - ☐ świadczenia z pomocy społecznej
 - ☐ zasiłek dla bezrobotnych
 - ☐ wynagrodzenie za pracę
 - ☐ emerytura/renta
 - ☐ inne
-
-
-

IX. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOBSŁUGI

(Ocena samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych)

Proszę wypełnić według poniższej legendy

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI	WPISUJEMY ODPOWIEDNIĄ LITERĘ Z LEGENDY (S, P, U)
mycie przy umywalce lub miednicy	
kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)	
branie prysznica	
mycie włosów	
czesanie się	
toaleta jamy ustnej	
obcinanie paznokci	
golenie się	
ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH	
kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	
dojście do toalety i powrót	
UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	
przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem do warunków pogodowych	
nałożenie ubrania	
zapinanie guzików	
zakładanie i sznurowanie butów	
zdejęcie ubrania	
ODŻYWIANIE	
sięganie po jedzenie	
wkładanie pokarmu do ust	
posługiwanie się sztućcami	
przygotowanie posiłków	
przyjmowanie leków	

X. ZDOLNOŚĆ DO PORUSZANIA SIĘ

(Ocena samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się)

PORUSZANIE SIĘ	WPISUJEMY ODPOWIEDNIĄ LITERĘ Z LEGENDY (S, P, U)
<u>wstawanie z łóżka i powrót do niego</u>	
<u>siadanie</u>	
<u>chodzenie w obrębie mieszkania</u>	
<u>chodzenie po schodach</u>	
<u>opuszczanie mieszkania i powrót do niego</u>	
<u>korzystanie ze środków komunikacji</u>	
<u>przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania</u>	

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po oprotezowaniu	z laską	przy pomocy kul	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem

* właściwe zakresł krzyżykiem X

XI. ZDOLNOŚĆ DO PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO

(Ocena samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego)

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
<u>sprzątanie</u>	
<u>robienie gruntownych porządków</u> (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg, itp.)	
<u>ogrzewanie mieszkania</u>	
<u>pranie</u>	
<u>prasowanie</u>	
<u>gotowanie</u>	
<u>zmywanie</u>	
<u>reperacja garderoby</u>	
<u>zmienianie pościeli</u>	
<u>robienie zakupów</u>	
<u>planowanie budżetu domowego</u>	
<u>dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe</u>	

XII. ZDOLNOŚĆ DO KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM

(np. mówienie prostymi zdaniami, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąkanie się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne np. za pomocą komputera itp.)

.....
.....
.....
i ewentualny rodzaj i zakres ograniczeń tej zdolności (z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie: realizacji mowy, rozumieniu mowy i percepcji mowy)
.....
.....
.....

Proszę w formie opisowej wymienić inne problemy związane z komunikowaniem się z otoczeniem:

▪ **kłopoty ze słuchem (jeżeli tak, to na czym one polegają?)**

- ☐ używam aparatów słuchowych
 - ☐ nie używam aparatów słuchowych
 - ☐ inne (jakie?):
-

- *kłopoty z pamięcią (jeżeli tak, to na czym one polegają?)*
.....
.....

- *kłopoty ze wzrokiem (jeżeli tak, to na czym one polegają?)*

- ☐ *używam okulary korekcyjne (jeśli tak, to jakie?)*
- ☐ *nie używam okularów korekcyjnych*
- ☐ *inne (jakie?).....*
.....

XIII. ZDOLNOŚĆ DO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM POPRZECZ PEŁNIENIE RÓL SPOŁECZNYCH

(z uwzględnieniem umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby)
.....
.....
.....
.....

i ewentualne ograniczenia w realizowaniu tych zdolności.....
.....
.....

XIV. CHARAKTERYSTYKA ZDOLNOŚCI DO UDZIELANIA WSPARCIA PRZECZ ŚRODOWISKO SPOŁECZNE, INSTYTUCJE

Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej) TAK NIE

Jeżeli tak, to kto udziela pomocy?

Rodzaj tej pomocy (finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa itp.).....

Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc? TAK NIE

Jeżeli tak, to w jakiej formie i kto miałby jej udzielać?.....

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
(miejscowość i data)

.....
(Podpis z imienia i nazwiska
sporządzającego kwestionariusz)

* Zakreśl właściwą odpowiedź

Pouczenie :

W celu uzupełnienia dokumentacji, prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny Pana(i) sytuacji społecznej przez pracownika socjalnego, lub sytuacji zawodowej przez doradcę zawodowego – członka składu orzekającego.

Wypełniony kwestionariusz prosimy dostarczyć do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi, al. Piłsudskiego 133 D, II piętro, pokój 223, najpóźniej w terminie wyznaczonego posiedzenia składu orzekającego.

Niedostarczenie wypełnionego kwestionariusza spowoduje zawieszenie postępowania orzeczniczego.