

**KWESTIONARIUSZ**  
**do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego / zawodowego oraz zakresu niezbędnej opieki**  
**i pomocy**  
**dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności**  
**(obowiązuje na czas epidemii COVID-19)**

**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**  
**SAMOOBSŁUGI**

(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

| <b>Rodzaj czynności</b>                                                                     | <b>Zdolność do wykonywania czynności</b>                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI</b>                                                       | <b>WPISUJEMY ODPOWIEDNIĄ LITERĘ Z LEGENDY (S, P, U)</b> |
| 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                                                                                 |                                                         |
| <b>ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH</b>                                                  |                                                         |
| kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi                                        |                                                         |
| dojście do toalety i powrót                                                                 |                                                         |
| <b>UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE</b>                                                          |                                                         |
| przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem do warunków pogodowych |                                                         |
| nałożenie ubrania                                                                           |                                                         |
| zapinanie guzików                                                                           |                                                         |
| zakładanie i sznurowanie butów                                                              |                                                         |
| zdejmowanie ubrania                                                                         |                                                         |
| <b>ODŻYWIANIE</b>                                                                           |                                                         |
| 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)

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

| <b>poruszanie się</b>                  |                                     |            |                       |                  |                            |                    |
|----------------------------------------|-------------------------------------|------------|-----------------------|------------------|----------------------------|--------------------|
| samodzielnie<br>bez<br>oprzyrządowania | samodzielnie<br>po<br>oprotezowaniu | z<br>laską | przy<br>pomocy<br>kul | z<br>balkonikiem | na<br>wózku<br>inwalidzkim | z<br>przewodnikiem |
|                                        |                                     |            |                       |                  |                            |                    |

\* właściwe zakresł krzyżykiem X

## XI. ZDOLNOŚĆ DO PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO

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

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

## 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.*