

OPIS SYTUACJI SPOŁECZNO - ZAWODOWEJ

UWAGA! PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko:

2. PESEL:

II. PODSTAWOWE PROBLEMY ZDROWOTNE

.....

.....

III. OPIS SYTUACJI SPOŁECZNEJ

1. SYTUACJA RODZINNA

a) Stan cywilny: kawaler/panna żonaty/zamężna wdowiec/wdowa rozwiedziony/a

b) Osoby wspólnie gospodarujące: samotnie gospodarujący

c) Możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny, osób bliskich: TAK NIE

Jeśli tak, to jakiego rodzaju wsparcie?:

d) Możliwość zapewnienia wsparcia przez osoby niespokrewnione: TAK NIE

e) Źródło dochodu: wynagrodzenie za pracę, emerytura/renta, zasiłek, pomoc społeczna,
 na utrzymaniu rodziny, brak, inne:

2. SYTUACJA MIESZKANIOWA

1) Warunki mieszkaniowe:

a) Rodzaj budynku: dom mieszkanie wynajęty pokój inne:

b) Liczba pokoi: (nie licząc kuchni) c) Posiadanie oddzielnego pokoju: TAK NIE

d) Wyposażenie łazienki: wanna kabina prysznicowa e) Dostęp do windy: TAK NIE

2) Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

a) Czy mieszkanie wymaga dostosowania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu
 TAK NIE Jeśli tak, to jakiego?:

b) Udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego/mieszkania:

winda podjazd schodołaz uchwyty/poręcze łazienka bieżąca woda kabina prysznicowa krzeselko prysznicowe wanna z podnośnikiem pralka zmywarka drzwi umożliwiające wjazd wózkiem inwalidzkim urządzenia z sygnalizacją dźwiękową komputer dostęp do Internetu

IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE FUNKCJONOWANIA

1. Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI		
Utrzymanie higieny osobistej	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
mycie przy umywalce			
kąpiel całego ciała (wanna/prysznic)			
mycie włosów			
czesanie się			
higiena jamy ustnej			
obcinanie paznokci			
golenie się			
inne, wskazać jakie:			
Zalatywanie potrzeb fizjologicznych	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
korzystanie z toalety			
dojście do toalety i powrót			
kontrolowanie moczu/stolca			
inne, wskazać jakie:			
Ubieranie się i rozbieranie	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie)			
nałożenie ubrań			
zdjęcie ubrań			
zapinanie guzików			
zakładanie i sznurowanie butów			
inne, wskazać jakie.....			
Spożywanie posiłków	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
przygotowanie posiłków			
posługiwanie się sztućcami			
sięganie po jedzenie			
wkładanie pokarmu do ust			
inne, wskazać jakie.....			
Inne czynności w zakresie samoobsługi	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
przyjmowanie leków			
stosowanie zmodyfikowanej diety			
inne, wskazać jakie.....			

2. Zdolność w zakresie poruszania się

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI		
	Określenie samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC
wstawanie z łóżka i powrót do niego			
zmiana pozycji ciała			
siadanie			
przemieszczenie się po powierzchniach płaskich			
wchodzenie i schodzenie po schodach			
opuszczanie mieszkania i powrót do niego			
przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania			
korzystanie z publicznych środków transportu			
inne, wskazać jakie.....			

SPOSÓB PORUSZANIA SIĘ							
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po oprotezowaniu	z laską	przy pomocy kul	za pomocą balkonika	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem	brak możliwości/ osoba leżąca

3. Zdolność w zakresie komunikowania się z otoczeniem

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI	
	PEŁNA/Y	OGRANICZENIA (jeżeli tak, to na czym one polegają?)
zdolność do słyszenia		
zdolność do widzenia		
zdolność do artykulacji i rozumienia mowy		
kontakt słowny		

4. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego

RODZAJ CZYNNOŚCI	ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI		
	Określenie samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego	SAMODZIELNIE	KONIECZNA POMOC
sprzątanie mieszkania			
robienie gruntownych porządków (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg, itp.)			
ogrzewanie mieszkania			
pranie			
prasowanie			
zmywanie			
robienie zakupów			
planowanie budżetu domowego			
dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe			

V. INFORMACJE O UCZESTNICTWIE W ŻYCIU SPOŁECZNYM

(z uwzględnieniem zdolności do: nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby)

PEŁNA ZDOLNOŚĆ OGRANICZENIA

Jeśli występują ograniczenia, to jakiego rodzaju?:

Udzielanie wsparcia przez instytucje:

1. Czy korzysta Pan(i) z pomocy instytucji (np.: ośrodka pomocy społecznej): TAK NIE
2. Rodzaj tej pomocy (finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa itp.):

VI. OPIS SYTUACJI ZAWODOWEJ

1. WYKSZTAŁCENIE	
Poziom wykształcenia: <input type="checkbox"/> mniej niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze branżowe <input type="checkbox"/> średnie branżowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe	
Kierunek kształcenia	
Zawód wyuczony	
2. KWALIFIKACJE	
Szkolenia i kursy (zdobyte uprawnienia, staże/praktyki):	
Znajomość obsługi komputera	<input type="checkbox"/> nie posiadam <input type="checkbox"/> posiadam (w jakim stopniu?):
Prawo jazdy	<input type="checkbox"/> nie posiadam <input type="checkbox"/> posiadam (jakiej kategorii?):
Języki obce (poziom znajomości)	<input type="checkbox"/> brak znajomości <input type="checkbox"/> posiadam znajomość:
3. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
STAŻ PRACY: _____ (w latach)	
<input type="checkbox"/> pracujący, <input type="checkbox"/> bezrobotny (zarejestrowany w PUP: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE), <input type="checkbox"/> emeryt/rencista,	
Zawód obecnie wykonywany	
Aktualnie wykonywana praca (stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urzędy)	
Przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia	
Nabyte umiejętności zawodowe (w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń)	
4. PLANY ZAWODOWE	

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)