

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 ☐ schodolaz ☐ uchwyty/poręcze ☐ łazienka ☐ bieżąca woda ☐ kabina
prysznicowa ☐ krzesółko 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			
zdejmowanie ubrań			
zapięcie 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	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
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	CAŁKOWITE UZALEŻNIENIE OD INNYCH OSÓB
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: ☐ mniej niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ zasadnicze zawodowe ☐ zasadnicze branżowe ☐ średnie branżowe ☐ średnie ☐ wyższe	
Kierunek kształcenia	
Zawód wyuczony	
2. KWALIFIKACJE	
Szkolenia i kursy (zdobyte uprawnienia, staże/praktyki):	
Znajomość obsługi komputera	☐ nie posiadam ☐ posiadam (w jakim stopniu?):
Prawo jazdy	☐ nie posiadam ☐ posiadam (jakiej kategorii?):
Języki obce (poziom znajomości)	☐ brak znajomości ☐ posiadam znajomość:
3. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	
STAŻ PRACY: _____ (w latach)	
☐ pracujący, ☐ bezrobotny (zarejestrowany w PUP: ☐ TAK ☐ NIE), ☐ emeryt/rencista,	
Zawód obecnie wykonywany	
Aktualnie wykonywana praca (stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia)	
Przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia	
Nabyte umiejętności zawodowe (w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń)	
4. PLANY ZAWODOWE	

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)