

SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ORZECZENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(Wypełnia osoba zainteresowana na zasadzie oświadczenia)

1. Imię i nazwisko.....

2. Adres zamieszkania.....

3. Data urodzenia.....stan cywilny.....

4. Sytuacja rodzinna:

a) liczba dzieci i ich wiek.....

b) osoby wspólnie zamieszkujące z Wnioskodawcą

5. Źródło utrzymania osoby badanej:

wynagrodzenie, renta/emerytura, na utrzymaniu rodziny, zasiłek z opieki społecznej, zasiłek dla bezrobotnych, dochody z działalności rolniczej, własna działalność gospodarcza, inne

- czy własne dochody wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb (utrzymanie mieszkania, wyżywienie, koszty leczenia, ubranie lub inne)

6. Sytuacja mieszkaniowa: dom / część domu / mieszkanie w bloku / mieszkanie socjalne/ inne

- stan techniczny - dobry, wymaga napraw, remontu, nie nadaje się do dalszego zamieszkania,
- czy ma do dyspozycji własny pokój
- czy jest wyposażenie w media, wodę, prąd, centralne ogrzewanie :

7. Dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby badanej:

a) czy występują bariery architektoniczne, jeżeli tak to jakie? (np. schody, brak poręczy, brak podjazdu, wanna, brak uchwytów przy urządzeniach sanitarnych), proszę wymienić:

b) z jakich ułatwień korzysta w miejscu zamieszkania.....

8. Zdolność osoby badanej do:

a) **samodzielnego funkcjonowania** – możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb (czy może je zaspokoić samodzielnie, czy wymaga opieki, pomocy, wsparcia innej osoby – częściowo lub całkowicie , stale lub długo okresowo – każdą z tych ocen należy odnieść do wymienionych niżej czynności – proszę x zakreślić kółeczkiem lub podkreślić)

• <u>higiena osobista</u> –	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką (całkowicie niesamodzielna zależna)
mycie, przysznic, kąpiel	x	x	x
higiena jamy ustnej, czesanie, golenie	x	x	x
mycie głowy, nóg	x	x	x
korzystanie łazienki, toalety	x	x	x
dawkowanie leków	x	x	x
• <u>jedzenie</u> –	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką
spożywanie posiłku, używanie sztućców		x	x
przygotowanie posiłków		x	x
• <u>poruszanie się</u>	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieki
wstawanie z łóżka,		x	x
ubieranie i rozbieranie się, przygotowanie odzieży do ubrania	x	x	x
ubieranie butów, zapinanie guzików	x	x	x
przemieszczanie się, chodzenie po schodach	x	x	x
opuszczanie domu i powrót do domu	x	x	x
korzystanie ze środków transportu publicznego		x	x

- Czy Wnioskodawca korzysta ze sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, proszę wymienić :

- Czy istnieje potrzeba zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny lub wspomagający mogący poprawić samodzielność np. aparat słuchowy, kula, laska, wózek inwalidzki lub inne – proszę wymienić jaki:
.....
.....

- Czy istnieje możliwość uzyskania opieki, pomocy, wsparcia ze strony rodziny: TAK / NIE
- jeśli TAK, to od kogo:

- Czy możliwa jest pomoc sąiedzka (wsparcie) -
- Czy korzysta z pomocy instytucjonalnej, np. DPS, ŚDS, WTZ, klub seniora, świadczenia z pomocy społecznej, usługi opiekuńcze, inne, jakie?

<u>prowadzenie domu</u> –	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką
robienie zakupów	x	x	x
gotowanie, zmywanie naczyń,	x	x	x
sprzątanie domu, ogrzewanie pomieszczeń	x	x	x
pranie, zmiana bielizny pościelowej	x	x	x

b) **pełnienie ról społecznych** – możliwość pełnienia ról zawodowych, rodzinnych, społecznych stosownie do wieku, płci, wykształcenia itp.; możliwość uczestniczenia w życiu zbiorowym – samodzielnie, korzystając ze wsparcia, czy uczestniczenia w życiu zbiorowym w ogóle jest możliwe, jakie są ograniczenia w pełnieniu ról społecznych
.....

- czy osoba utrzymuje kontakty społeczne (z otoczeniem – sąsiadami, rodziną, i in.) i w jakiej formie
.....
- czy przynależy i działa w organizacjach, stowarzyszeniach jakich?
.....

c) komunikowania się z innymi osobami	prawidłowe	występujące ograniczenia (jakie)?
zdolność do słyszenia	x	x
rozumienie mowy	x	x
realizacja mowy (kontakt słowny)	x	x
zdolność widzenia	x	x

10. Dostępność do usług - czy osoba może korzystać z usług: medycznych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych, innych jeśli występują ograniczenia, to jakie?
.....
.....

SYTUACJA ZAWODOWA

I. Wykształcenie

1. poziom wykształcenia¹
2. kierunek kształcenia
3. uzyskany zawód.....
4. inne (np. studia podyplomowe, specjalizacje).....

II. Kwalifikacje

1. szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki)
.....
2. znajomość obsługi komputera
.....
3. prawo jazdy nie posiada, posiada (jakiej kategorii?)
.....
4. języki obce brak znajomości, posiada znajomość (jakie? poziom znajomości)
.....

¹ mniej niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe (posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej)

III. Przebieg kariery zawodowej

1. ogólny staż pracy (lata);
2. wykonywane zawody
3. aktualnie wykonywana praca²,
 - aktywna/y zawodowo – zakład pracy i stanowisko
 - nieaktywna/y zawodowo
 - emeryt/rencista ZUS/KRUS/MSWiA od kiedy
 - bezrobotna/y zarejestrowany/niezarejestrowany w Urzędzie Pracy od kiedy przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia
5. nabyte umiejętności zawodowe³
6. dodatkowe informacje (np. praca w warunkach szkodliwych).....

IV. Plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia

- poszukujący pracy (w jakim zawodzie?)
- brak motywacji do podjęcia pracy, przyczyna
- zmotywowany do kontynuowania pracy na obecnym stanowisku
- zmotywowany do przekwalifikowania
- Inne

V. Ograniczenia

- ograniczenia na stanowisku pracy
- brak ograniczeń, na stanowisku pracy - dostosowane do możliwości psychofizycznych wnioskodawcy
- ograniczenia do podjęcia zatrudnienia
- ograniczenia w korzystaniu ze środków komunikacji publicznej

VI. Dodatkowe informacje, uwagi od Wnioskodawcy

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

OŚWIADCZENIE OSOBY ZAINTERESOWANEJ
Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby zainteresowanej

² stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia

³ w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń;