

## SYTUACJA OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE ORZECZENIA

Dotyczy: (nazwisko i imię) .....

PESEL ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Czy osoba jest ubezwłasnowolniona: tak  nie

Imię i nazwisko, opiekuna prawnego .....

### AKTUALNA SYTUACJA RODZINNA I SPOŁECZNA W ZAKRESIE UDZIELANIA OPIEKI I POMOCY:

- wspólnie zamieszkujący: członkowie rodziny, osoby sprawujące opiekę udzielającą pomocy: ⇨ całodzienna ⇨ doraźna,  
⇨ mąż ⇨ żona ⇨ dzieci ⇨ wnuki ⇨ inna osoba .....
- nie zamieszkujący wspólnie członkowie rodziny osoby sprawujące opiekę udzielającą pomocy: ⇨ całodzienna ⇨ doraźna,  
⇨ mąż ⇨ żona ⇨ dzieci ⇨ wnuki ⇨ inna osoba .....  
pomoc doraźna, jaka?: .....
- kontakty z instytucjami / organizacjami pozarządowymi: .....  
pomoc instytucjonalna, jaka?: .....

### Sytuacja mieszkaniowa, bytowa, zawodowa:

- ⇨ dom ⇨ mieszkanie ⇨ własny pokój ⇨ inna jaka?: .....
- ⇨ rencista/emeryt (ZUS, KRUS, MSWIA, MON) ⇨ renta socjalna
- ⇨ zasiłek rehabilitacyjny ⇨ aktywny zawodowo
- Wykształcenie: ⇨ wyższe ⇨ średnie ⇨ zawodowe ⇨ podstawowe ⇨ inne .....
- Kariera zawodowa:  
⇨ umowa o pracę ⇨ umowa zlecenie ⇨ praca sezonowa ⇨ praca dorywcza  
staż pracy .....
- obecny status na rynku pracy ⇨ bezrobotny ⇨ pracujący

### PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/NIESAMODZIELNOŚCI:

- ⇨ wada rodzona.....
- ⇨ wypadek, uraz.....
- ⇨ przewlekła choroba.....

### POZIOM SPRAWNOŚCI RUCHOWEJ I SAMOOBSŁUGI

Wykonywanie czynności: **samodzielnie/ przy pomocy/ nie wykonuje**

siadanie □ / □ / □	wstawanie □ / □ / □	chodzenie □ / □ / □	chodzenie po schodach □ / □ / □
samodzielne utrzymywanie higieny osobistej ( mycie zębów, golenie itp.) □ / □ / □			
mycie całego ciała □ / □ / □	ubieranie i rozbieranie się □ / □ / □	korzystanie z toalety □ / □ / □	
spożywanie posiłków □ / □ / □	przygotowywanie posiłków □ / □ / □	robiecie zakupów □ / □ / □	

## **POSIADANE OPRZYRZĄDOWANIE/ POTRZEBNE OPRZYRZĄDOWANIE:**

- /  wózek inwalidzki, jaki? .....
- /  kule                                       /  laska spacerowa
- /  proteza, czego?.....
- /  aparat tlenowy                               /  pompa insulinowa                               /  ssak
- /  inne .....

## **DOSTOSOWANIE MIESZKANIA DO POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:**

### **zastosowane usprawnienia / potrzebne usprawnienia**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| łazienka  | toaleta   | krzeselko toaletowe                                 | łóżko ortopedyczne                                  |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| drzwi zewnętrzne                                    | drzwi wewnętrzne                                    | brak progów   | brak schodów(podjazd)                               |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| winda lub platforma schodowa                        |   | podnośnik   | pionizator  |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | inne.....   |   |   |

## **POZIOM SPRAWNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ, ZABURZENIAMI (CHOROBAMI) PSYCHICZNYMI**

### **Wykonywanie czynności: samodzielnie/ przy pomocy/ nie wykonuje**

- /  /  sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych
- /  /  spożywanie posiłków
- /  /  rozbieranie się i ubieranie
- /  /  dbanie o higienę osobistą
- /  /  czytanie
- /  /  pisanie
- /  /  przygotowywanie prostych posiłków
- /  /  wykonywanie prostych prac porządkowych w domu
- /  /  dbanie o swoją odzież
- /  /  obsługiwanie urządzeń technicznych w domu
- /  /  znajomość swoich obowiązków i właściwe ich wykonywanie
- /  /  korzystanie z pomocy w sytuacjach zagrożenia
- /  /  nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z bliskimi
- /  /  korzystanie z pomocy medycznej, specjalistycznej
- /  /  korzystanie z pomocy psychologicznej, terapeutycznej
- /  /  porozumiewanie się z otoczeniem w sposób werbalny (prowadzenie rozmowy)
- /  /  wychodzenie z domu
- /  /  posiadanie wiedzy na temat bezpiecznego poruszania się po drogach
- /  /  załatwianie spraw urzędowych
- /  /  znajomość wartości pieniądza
- /  /  robienie zakupów

Podpis osoby udzielającej informacji.