

## KWESTIONARIUSZ

do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej opieki i pomocy dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności

### I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania lub pobytu .....
4. Numer i seria dow. osobistego .....

### II. PODSTAWOWE PROBLEMY ZDROWOTNE

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

### III. SYTUACJA RODZINNA

1. Stan cywilny .....
2. Liczba dzieci i ich wiek .....
3. Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (np. rodzina pełna, rozbita, zrekonstruowana, adopcyjna, zastępcza – jeśli tak, to od kiedy, inne)

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

### IV. 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 .....

### V. SPOSÓB ZABEZPIECZENIA SYTUACJI BYTOWEJ WŁASNEJ I RODZINY

Z czego utrzymuje się rodzina? – wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłek inne (wymienić jakie są źródła utrzymania, krótko opisać sytuację materialną swoją i rodziny)

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

**VI. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOBSŁUGI**  
Ocena samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych

<b>Rodzaj czynności</b>	<b>Zdolność do wykonywania czynności</b>
<b>UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI</b>	
mycie przy umywalce lub miednicy	
kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)	
branie prysznic	
mycie włosów	
czesanie się	
toaleta jamy ustnej	
obcinanie paznokci	
golenie się	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... .....	
<b>ZAŁATWIENIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH</b>	
kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	
dojście do toalety i powrót	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... .....	
<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	
zdejście ubrania	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... .....	
<b>ODŻYWIANIE</b>	
sięganie po jedzenie	
wkładanie pokarmu do ust	
posługiwanie się sztućcami	
przygotowanie posiłków	
przyjmowanie leków	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie..... .....	

**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

## VII. Zdolność do poruszania się.

Ocena samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się

Poruszanie się	Zdolność do wykonywania czynności
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	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

### 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

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po oprotezowaniu	z laską	przy pomocy kul	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem

\* właściwe zakresł krzyżykiem X

## VIII. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego.

Ocena samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
sprzątanie	
robienie gruntownych porządków (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	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

### 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

**IX. 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?)

.....  
.....

- kłopoty z pamięcią (jeżeli tak, to na czym one polegają?)

.....  
.....

**X. Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez 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.....

.....  
.....

**XI. Charakterystyka zdolności do udzielania wsparcia przez 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)

**Pouczenie :**

*W celu uzupełnienia dokumentacji, prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny Pana(i) sytuacji społecznej przez pracownika socjalnego – członka składu orzekającego.*

*Wypełniony kwestionariusz prosimy dostarczyć do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sieradzu, najpóźniej w terminie wyznaczonego posiedzenia składu orzekającego.*

*Niedostarczenie wypełnionego kwestionariusza spowoduje zawieszenie postępowania orzeczniczego.*