

Arkusz indywidualnej oceny sytuacji osoby z niepełnosprawnością

1. Imię i nazwisko.....
2. Stopień niepełnosprawności wraz z kodami
3. Data do której przyznano orzeczenie
4. Korzystam z innych usług/programów (TAK/NIE), jeśli tak to jakich
5. Posiadam prawo do świadczenia wspierającego/(TAK/NIE), jeśli tak proszę o podanie przyznanej punktacji
..... oraz od kiedy jest lub będzie wypłacane świadczenie
6. Moja sytuacja rodzinna:
 - 1) samotne zamieszkiwanie (TAK/NIE),
 - 2) zamieszkiwanie z członkiem rodziny wymagającym wsparciem (TAK/NIE),
 - 3) posiadanie bliskiej rodziny (rodziców, dzieci) (TAK/NIE),
 - 4) możliwość skorzystania z pomocy bliskiej rodziny (TAK/NIE),
 - 5) posiadanie dalszych krewnych, przyjaciół (TAK/NIE),
 - 6) możliwość skorzystania z pomocy dalszych krewnych, przyjaciół (TAK/NIE),
 - 7) inna odpowiedź.....
7. Mój poziom zdolności do samodzielnego wykonania czynności, proszę uzupełnić tabelę przy użyciu symboli opisanych poniżej:

ZS - zdolność do samodzielnego wykonania – 1 pkt

BZS - brak zdolności do samodzielnego wykonania czynności -4 pkt

CZ – Częściowa zdolność do wykonania czynności -2 pkt

ZT – zdolność do wykonania czynności przy wsparciu towarzyszącym np. asystent lub opiekunka – 3 pkt

Lp.	Czynność związana z obszarem funkcjonowania	Symbol	Punktacja (wypełnia oceniający)
1	Codzienne funkcjonowanie		
2	Zmiana pozycji ciała		
3	Przemieszczanie się w środowisku domowych		
4	Przemieszczanie się w otoczeniu domu, w tym schodzenie i wchodzenie ze schodów		
5	Przemieszczanie się w nieznanym środowisku, omijanie barier architektonicznych		
6	Sięganie, chwytanie i manipulowanie przedmiotami użytecznymi		
7	Mycie i osuszanie całego ciała		
8	Mycie i osuszanie rąk i twarzy		
9	Pielęgnowanie poszczególnych części ciała (skóry, włosów, zębów, paznokci etc).		
10	Korzystanie z toalety		
11	Ubieranie się		

12	Jedzenie i picie		
13	Przemieszczanie się środkami transportu		
14	Rozumienie bodźców, komunikatów oraz informacji przez przekaz mówiony, pisany, gesty itp.		
15	Zdolność do logicznego i zrozumiałego dla innych przekazywania komunikatów i potrzeb		
16	Prowadzenie rozmowy		
17	Zdolność do opanowania nowej praktycznej umiejętności, czy czynności		
18	Korzystanie z urządzeń i technologii informacyjno-komunikacyjnej (np. telefon/smartfon)		
19	Troska o własne zdrowie:		
20	Przyjmowanie leków		
21	Pomiar ciśnienia, poziomu glukozy...		
22	Racjonalne odżywianie		
23	Umówienie wizyty lekarskiej/ponowienie leków		
24	Unikanie szkodliwych dla zdrowia czynników		
25	Stosowanie się do zaleceń lekarskich i terapeutycznych		
26	Realizowanie wyborów i podejmowanie decyzji		
27	Pozostawanie samemu w domu		
28	Kontrolowanie własnych zachowań i emocji		
29	Utrzymywanie relacji i kontaktów z bliskimi		
30	Kupowanie artykułów codziennej potrzeby		
31	Dbanie o dom i ubrania		
32	Dokonywanie transakcji finansowych tym opłat i zakupów		
33	Organizowanie wolnego czasu		
34	Załatwienie spraw urzędowych		

8. Dodatkowe informacje:

.....
 (Miejscowość, data)

.....
 (podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)