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 udzielający pomocy: ⇨ całodzienna ⇨ doraźna,

⇨ mąż ⇨ żona ⇨ dzieci ⇨ wnuki ⇨ inna osoba ……..…..

- nie zamieszkujący wspólnie członkowie rodziny osoby sprawujące opiekę udzielający 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	robienie 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 ⇨ / ⇨
krzesełko toaletowe ⇨ / ⇨
łózko ortopedyczne ⇨ / ⇨
drzwi zewnętrzne ⇨ / ⇨
drzwi wewnętrzne ⇨ / ⇨
brak progów ⇨ / ⇨
brak schodów(podjazd) ⇨ / ⇨
winda lub platforma schodowa ⇨ / ⇨
podnośnik ⇨ / ⇨
pionizator ⇨ / ⇨
⇨ / ⇨ 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.