Kwestionariusz do oceny sytuacji socjalno-społecznej

Osoby ubiegającej się o orzeczenie stopnia niepełnosprawności

W celu uzupełnienia dokumentacji prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny Pana/i sytuacji społecznej. Wypełniony kwestionariusz należy dostarczyć do Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach ul.Brzezińska 21 najpóźniej do dnia komisji.

Dane osobowe:

Imię i nazwisko.....

Adres pobytu i/lub zamieszkania.....

Stan cywilny..... Data urodzenia.....

Sytuacja rodzinna:

Czy ma Pan/i dzieci? a) tak b) nie

Jeśli tak to w jakim wieku?.....

Z kim Pan/i mieszka (proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie mieszkające i zaznaczyć jaki jest z nimi stopień pokrewieństwa)?

.....

Sytuacja mieszkaniowa:

Czy mieszka Pan/i w:

Blok	
Kamienica	
Dom jednorodzinny	
Inne...	.....

Ile jest pokoi (nie licząc kuchni)?.....

Na którym piętrze znajduje się mieszkanie?.....

Czy w budynku znajduje się winda? a) tak b) nie

Czy w mieszkaniu znajdują się:

	tak	nie
Łazienka		
WC		
Kuchnia		
Bieżąca woda		

Jaki jest rodzaj ogrzewania mieszkania?.....

Czy mieszkanie dostosowane jest do Pana/i niepełnosprawności? Jeśli nie to jakie zmiany byłyby potrzebne wg Pana/i?.....

Źródło utrzymania i sytuacja materialna:

Z czego utrzymuje się Pan/i i osoby z Panem/nią zamieszkujące (wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, inne źródła)?.....

Charakterystyka zdolności do samodzielnej egzystencji:

Poniżej będą wymienione niektóre czynności życia codziennego. Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/i sytuację (możliwości).

- **Wykonywanie podstawowych czynności związanych z utrzymywaniem higieny osobistej takich jak mycie przy umywalce/miednicy, toaleta jamy ustnej, czesanie się:**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

- **Mycie głowy, obcinanie paznokci u rąk i nóg, korzystanie z prysznica:**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

- **Kąpanie się ze szczególnym uwzględnieniem wchodzenia i wychodzenia z wanny:**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

- **Spożywanie posiłków**

Samodzielnie	
Z pomocą innej osoby	
W ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności	
(dodatkowy opis)	.....

- ***Czy kontroluje Pan/i czynności fizjologiczne?***

Tak	
Nie	
Miejsce na dodatkowy opis	.....

Charakterystyka zdolności do poruszania się:
Proszę zaznaczyć odpowiednie opisy charakteryzujące Pana/nią w tym zakresie.

- **Poruszanie po mieszkaniu**

Samodzielnie	
Samodzielnie przy pomocy np. laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne, jakie?....	
Tylko przy pomocy innej osoby (osób)	
W ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu, jestem osobą leżącą	

- **Czy wychodzi Pan/i sama z domu?**

Samodzielnie	
Samodzielnie przy pomocy np. laski, kul, itp	
Samodzielnie, ale w towarzystwie innej osoby/osób	
Przy pomocy sprzętu (np. wózek inwalidzki i w towarzystwie innej osoby/osób	
W ogóle nie opuszczam mieszkania	
(dodatkowy opis)	.....

Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego:
Proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/i sytuację.

- **Przygotowywanie prostych posiłków (np. śniadanie), zmywanie, codzienne sprzątanie**

Wykonuję samodzielnie, ale z trudnością	
Korzystam z częściowej pomocy innej osoby	
Ktoś inny wykonuje za mnie te czynności	
(dodatkowy opis)	.....

- **Wykonywanie generalnych porządków w domu**

Wykonuję samodzielnie, ale z trudnością	
Korzystam z częściowej pomocy innej osoby	
Ktoś inny wykonuje za mnie te czynności	
(dodatkowy opis)	.....

- **Robienie zakupów**

Samodzielnie	
Samodzielnie, ale tylko podstawowe, pierwszej potrzeby	
Wyręcza mnie w tym inna osoba	
(dodatkowy opis)	.....

Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi:
Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć wszystkie te, które występują w Pana/i codziennym życiu.

- **Mam kłopoty ze słuchem:**

Tak	
Nie	
(dodatkowy opis np. niedosłyszę, w ogóle nie słyszę, potrzebny mi aparat słuchowy itp.)	.....

- **Mam kłopoty z mówieniem:**

Tak	
Nie	
Jeśli tak to jakie?	.....

- **Mam kłopoty z rozumieniem innych osób**

Tak	
Nie	
Miejsce na dodatkowy opis, np. nie rozumiem poleceń	.....

- **Mam kłopoty z pamięcią** – jeśli tak, to na czym one polegają (np. o czym zapominam) .....
(miejsce na dodatkowy opis) .....
.....

Charakterystyka sprawności narządu wzroku:
Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te, które dotyczą Pana/i.

- **Czytam/piszę:**

Bez użycia okularów (soczewek kontaktowych, lupy)	
Bez trudności, ale przy pomocy okularów (soczewek kontaktowych, lupy)	
Z trudnościami mimo korzystania z okularów (soczewek kontaktowych, lupy)	
Posługuję się językiem brajla	
Nie jestem w stanie czytać i pisać nawet korzystając z pomocy sprzętu dla osób słabo widzących oraz nie posługuje się językiem brajla	
Inne- widzę dobrze, ale nie czytam i nie piszę z innych przyczyn-jakich? (np. ze względu na upośledzenie psychiczne, braki w wykształceniu.....)	.....

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	
Jeśli tak to kto udziela pomocy	.....

- **Jaki jest to rodzaj pomocy**

Finansowa	
Żywnościowa	
Usługowa	
Rzeczowa	
Inna	.....

- **Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc?**

Tak	
Nie	
Jeśli tak, to w jakiej formie i kto miałby jej udzielać	.....

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

....

miejscowość i data

podpis wnioskodawcy lub
osoby składającej wniosek w imieniu wnioskodawcy