

# Kwestionariusz do oceny sytuacji socjalno–społecznej

## Osoby ubiegającej się o orzeczenie stopnia niepełnosprawności

W celu uzupełnienia dokumentacji prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusz, który będzie podstawą do dokonania oceny Pana/i sytuacji społecznej przez pracownika socjalnego – członka składu orzekającego. Wypełniony kwestionariusz należy dostarczyć do Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pabianicach ul. Traugutta 6 a, pokój nr 1 najpóźniej do dnia komisji lub na jej posiedzenie. Niedostarczenie wypełnionego kwestionariusza spowoduje zawieszenie postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

### I. Dane osobowe:

Imię i nazwisko.....

Adres pobytu lub zamieszkania .....

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

### II. Sytuacja rodzinna

1. Czy ma pani dzieci?  TAK  NIE

Jeśli tak to w jakim wieku? .....

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

.....

### III. Sytuacja mieszkaniowa

1. Czy mieszka Pan(i) w:  bloku  kamienicy  domu jednorodzinnym  inne: .....

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

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

4. Czy w budynku znajduje się winda  TAK  NIE

5. Czy w mieszkaniu znajdują się:

1) łazienka,  TAK  NIE

2) WC,  TAK  NIE

3) kuchnia,  TAK  NIE

4) bieżąca woda.  TAK  NIE

6. Jaki jest rodzaj ogrzewania w mieszkaniu?.....

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

### IV. Źródło utrzymania i sytuacja materialna.

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

### V. Charakterystyka zdolności do samodzielnej egzystencji.

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

1. Wykonywanie podstawowych czynności związanych z utrzymywaniem higieny osobistej takich jak mycie przy umywalce, toaleta jamy ustnej, czesanie się:

samodzielnie;  z pomocą innej osoby;  w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności

(miejsce na dodatkowy opis) .....

2. 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

(miejsce na dodatkowy opis) .....

3. Kąpanie się ze szczególnym uwzględnieniem wchodzenia i wychodzenia z wanny.

samodzielnie;  z pomocą innej osoby;  w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności

(miejsce na dodatkowy opis) .....

4. Spożywanie posiłków.

samodzielnie;  z pomocą innej osoby;  w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności

(miejsce na dodatkowy opis) .....

5. Czy kontroluje Pan/-i czynności wydalnicze?

TAK  NIE  inne (miejsce na opis) .....

## VI. Charakterystyka zdolności do poruszania się

Proszę zaznaczyć odpowiednie opisy charakteryzujące Pana/nią w tym zakresie

1. Poruszanie po mieszkaniu

- samodzielnie
- samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne.....
- tylko przy pomocy innej osoby, osób
- w ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu- jestem osobą leżącą

2. Czy wychodzi Pan/-i z domu?

- samodzielnie
- samodzielnie przy pomocy sp.: laski, kuli itp.
- samodzielnie, ale w towarzystwie innej
- przy pomocy sprzętu (np. wózku inwalidzkim) i w towarzystwie innej osoby, osób
- w ogóle nie opuszczam mieszkania (miejsce na dodatkowy opis)

.....  
.....

## VII. Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego

Proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/i sytuację

1. Przygotowanie prostych posiłków (np. śniadanie), zmywanie, codzienne sprzątanie

- wykonywanie samodzielnie, ale z trudnością
- korzystam z częściowej pomocy innej osoby
- ktoś inny wykonuje za mnie czynności

(miejsce na dodatkowy opis) .....

2. Wykonywanie generalnych porządków w domu

- wykonywanie samodzielnie, ale z trudnością
- korzystam z częściowej pomocy innej osoby
- ktoś inny wykonuje za mnie czynności

(miejsce na dodatkowy opis) .....

3. Robienie zakupów

- samodzielnie
- samodzielnie, ale tylko podstawowe, pierwszej potrzeby
- wyręcza mnie w tym inna osoba

(miejsce na dodatkowy opis) .....

### VIII. Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi

Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te, które występują w Pana/i codziennym życiu

1. Mam kłopoty ze słuchem  TAK  NIE

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

2. Mam kłopoty z mówieniem  TAK  NIE

jeśli tak, to jakie?.....

3. Mam kłopoty z rozumieniem innych osób  TAK  NIE

(miejsce na dodatkowy opis, np. nie rozumie poleceń) .....

4. Mam kłopoty z pamięcią, jeśli, tak to, na czym one polegają (np. o czym zapominam)

(miejsce na dodatkowy opis) .....

### IX. Charakterystyka sprawności narządu wzroku

Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te wszystkie, które dotyczą Pana/-i

1. Czytam/ piszę:

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

### X. Charakterystyka zdolności do udzielania wsparcia przez środowisko społeczne, instytucje.

1. 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? .....

2. Jaki jest to rodzaj pomocy (czy jest to pomoc finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa, inna)? .....

3. Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc?  TAK  NIE

Jeśli, tak to, w jakiej formie i kto miałby jej udzielać?

**Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe**

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis wnioskodawcy

Numer sprawy ..... (podany na potwierdzeniu przyjęcia na wniosku). W przypadku braku możliwości przybycia opiekuna na posiedzenie komisji prosimy dostarczyć wypełniony i podpisany kwestionariusz do pokoju 1(parter).