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/Pani sytuacji społecznej przez pracownika socjalnego – członka składu orzekającego. Wypełniony kwestionariusz należy dostarczyć do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pabianicach ul. Traugutta 6a, pokój nr 1 najpóźniej do dnia komisji. Niedostarczenie wypełnionego kwestionariusza spowoduje zawieszenie postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Dane osobowe:
Imię i nazwisko…….
Adres pobytu lub zamieszkania ……
Stan cywilny ……. Data urodzenia……...
Sytuacja rodzinna
Czy ma Pan/Pani dzieci? a) tak b) nie
Jeśli tak to w jakim wieku? ……
Z kim Pan/Pani mieszka (proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie mieszkające i zaznaczyć jaki jest z nimi stopień pokrewieństwa)?
……..
Sytuacja mieszkaniowa
Czy mieszka Pan/Pani w: a) bloku b) kamienicy c) domu jednorodzinnym d) 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 znajduję się:
- łazienka a) tak b) nie
- wc a) tak b) nie
- kuchnia a) tak b) nie
- bieżąca woda a) tak b) nie

Jaki jest rodzaj ogrzewania w mieszkaniu?.....
Czy mieszkanie jest dostosowane do Pana/Pani niepełnosprawności? Jeśli nie to, jakie zmiany byłyby potrzebne? ……..
Źródło utrzymania i sytuacja materialna.
Z czego utrzymują się osoby z Panem/Panią zamieszkujące (wynagrodzenie za prace, 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/Pani sytuację (możliwości)
Wykonywanie podstawowych czynności związanych z utrzymywaniem higieny osobistej takich jak mycie przy umywalce, toaleta jamy ustnej, czesanie się:
a) samodzielnie b) z pomocą innej osoby c) w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności
(miejsce na dodatkowy opis) ……
……...
Mycie głowy, obcinanie paznokci u rąk i nóg, korzystanie z prysznica
a) samodzielnie b) z pomocą innej osoby c) w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności
(miejsce na dodatkowy opis) ……..

Kąpanie się ze szczególnym uwzględnieniem wchodzenia i wychodzenia z wanny.
a) samodzielnie b) z pomocą innej osoby c) w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności
(miejsce na dodatkowy opis) ……
…….....
Spożywanie posiłków.
a) samodzielnie b) z pomocą innej osoby c) w ogóle nie jestem w stanie wykonać tych czynności
(miejsce na dodatkowy opis) ……
……...
Czy kontroluje Pan/Pani czynności wydalnicze?
a) tak b) nie (miejsce na opis)…….……

Charakterystyka zdolności do poruszania się
Proszę zaznaczyć odpowiednie opisy charakteryzujące Pana/Panią w tym zakresie
1. Poruszanie po mieszkaniu
a) samodzielnie
b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne……...
c) tylko przy pomocy innej osoby, osób
d) w ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu- jestem osobą leżącą
2. Czy wychodzi Pan/Pani z domu?
a) samodzielnie
b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kuli itp.
c) samodzielnie, ale w towarzystwie innej osoby
d) przy pomocy sprzętu (np. wózek inwalidzki) i w towarzystwie innej osoby, osób
e) w ogóle nie opuszczam mieszkania (miejsce na dodatkowy opis)
……
……

Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego
Proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana/Pani sytuację
Przygotowanie prostych posiłków (np. śniadanie), zmywanie, codzienne sprzątanie
a) wykonuję samodzielnie, ale z trudnością
b) korzystam z częściowej pomocy innej osoby
c) ktoś inny wykonuje za mnie te czynności
(miejsce na dodatkowy opis) …….....
……...
Wykonywanie generalnych porządków w domu
a) wykonuję samodzielnie, ale z trudnością
b) korzystam z częściowej pomocy innej osoby
c) ktoś inny wykonuje za mnie te czynności
(miejsce na dodatkowy opis) …….....
……...
Robienie zakupów
a) samodzielnie
b) samodzielnie, ale tylko zakupy pierwszej potrzeby
c) wyręcza mnie w tym inna osoba
(miejsce na dodatkowy opis)…….
……...

Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi.
Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te, które występują w Pana/Pani codziennym życiu
Mam kłopoty ze słuchem a) tak b) nie
(miejsce na dodatkowy opis, np. niedosłyszę, w ogóle nie słyszę, potrzebny mi aparat słuchowy itp.) ……...
……...
Mam kłopoty z mówieniem a) tak b) nie
jeśli tak, to jakie?……
……...
Mam kłopoty z rozumieniem innych osób a) tak b) nie
(miejsce na dodatkowy opis, np. nie rozumie 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 wszystkie, które dotyczą Pana/Pani
Czytam/ piszę:

a) bez użycia okularów (soczewek kontaktowych, lupy)
b) bez trudności, ale przy pomocy okularów (soczewek, lupy)
c) z trudnościami mimo korzystania z okularów (soczewek, lupy)
d) posługując się językiem brajla
e) nie jestem w stanie czytać i pisać, nawet korzystając z pomocy sprzętu dla osób słabo widzących oraz nie posługuję się językiem brajla
f) 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/Pani z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej)?
a) tak b) nie
Jeśli tak to kto udziela pomocy? …….
……...
Jaki jest to rodzaj pomocy (czy jest to pomoc finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa, inna)? ……
……...
Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc?
a) tak b) 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