**OPIS SYTUACJI SPOŁECZNO - ZAWODOWEJ**

**UWAGA! PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE**

**I. DANE OSOBOWE**

**1. Imię i nazwisko/tel:** ..............................................................................................................................

**2. PESEL:** .................................................................................................................................................

**II. PODSTAWOWE PROBLEMY ZDROWOTNE**

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .

**III.** **OPIS SYTUACJI SPOŁECZNEJ**

1. **SYTUACJA RODZINNA**

**a)** Stan cywilny:  kawaler/panna żonaty/zamężna wdowiec/wdowa rozwiedziony/a

**b)** Osoby wspólnie gospodarujące: ................................................................. samotnie gospodarujący

**c)** Możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny, osób bliskich: TAK NIE

Jeśli tak, to jakiego rodzaju wsparcie?: ......................................................................................................

**d)** Możliwość zapewnienia wsparcia przez osoby niespokrewnione: TAK NIE

**e)** Źródło dochodu**:** wynagrodzenie za pracę, emerytura/renta, zasiłek, pomoc społeczna, na utrzymaniu rodziny, brak, inne: ............................................... .

1. **SYTUACJA MIESZKANIOWA**

**1) Warunki mieszkaniowe:**

**a)** Rodzaj budynku: dom mieszkanie wynajęty pokój inne: ................................................

**b)** Liczba pokoi: (nie licząc kuchni**)** ............ **c)** Posiadanie oddzielnego pokoju: TAK NIE

**d)** Wyposażenie łazienki: wanna kabina prysznicowa **e)** Dostęp do windy: TAK NIE

**2) Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności**

**a)** Czy mieszkanie wymaga dostosowania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu TAK NIE Jeśli tak, to jakiego?: ................................................................................................ .

**b)** Udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego/mieszkania:

 winda podjazd schodołaz uchwyty/poręcze łazienka bieżąca woda kabina prysznicowa krzesełko prysznicowe wanna z podnośnikiem pralka zmywarka drzwi umożliwiające wjazd wózkiem inwalidzkim urządzenia z sygnalizacją dźwiękową komputer dostęp do Internetu

**IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE FUNKCJONOWANIA**

**1. Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi**

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI** |
| **Utrzymanie higieny osobistej** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE** **UZALEŻNIENIE** **OD INNYCH OSÓB** |
| mycie przy umywalce  |  |  |  |
| kąpiel całego ciała (wanna/prysznic) |  |  |  |
| mycie włosów |  |  |  |
| czesanie się |  |  |  |
| higiena jamy ustnej |  |  |  |
| obcinanie paznokci |  |  |  |
| golenie się |  |  |  |
| inne, *wskazać jakie:* ...................................................... |  |  |  |
| **Załatwianie potrzeb fizjologicznych** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE** **UZALEŻNIENIE** **OD INNYCH OSÓB** |
| korzystanie z toalety |  |  |  |
| dojście do toalety i powrót  |  |  |  |
| kontrolowanie moczu/stolca |  |  |  |
| inne, *wskazać jakie*: ...................................................... |  |  |  |
| **Ubieranie się i rozbieranie** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE** **UZALEŻNIENIE** **OD INNYCH OSÓB** |
| przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) |  |  |  |
| nałożenie ubrań |  |  |  |
| zdjęcie ubrań |  |  |  |
| zapinanie guzików |  |  |  |
| zakładanie i sznurowanie butów |  |  |  |
| inne, *wskazać jakie*........................................................ |  |  |  |
| **Spożywanie posiłków** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE** **UZALEŻNIENIE** **OD INNYCH OSÓB** |
| przygotowanie posiłków  |  |  |  |
| posługiwanie się sztućcami |  |  |  |
| sięganie po jedzenie |  |  |  |
| wkładanie pokarmu do ust |  |  |  |
| inne, *wskazać jakie*........................................................ |  |  |  |
| **Inne czynności w zakresie samoobsługi** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE****UZALEŻNIENIE****OD INNYCH OSÓB** |
| przyjmowanie leków |  |  |  |
| stosowanie zmodyfikowanej diety |  |  |  |
| inne, *wskazać jakie*........................................................ |  |  |  |

**2. Zdolność w zakresie poruszania się**

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI** |
| **Określenie samodzielności i zależności od innych** **w poruszaniu się** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE** **UZALEŻNIENIE** **OD INNYCH OSÓB** |
| wstawanie z łóżka i powrót do niego |  |  |  |
| zmiana pozycji ciała |  |  |  |
| siadanie |  |  |  |
| przemieszczenie się po powierzchniach płaskich |  |  |  |
| wchodzenie i schodzenie po schodach |  |  |  |
| opuszczanie mieszkania i powrót do niego |  |  |  |
| przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania |  |  |  |
| korzystanie z publicznych środków transportu |  |  |  |
| inne, *wskazać jakie*........................................................ |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SPOSÓB PORUSZANIA SIĘ** |
| samodzielniebezoprzyrządowania | samodzielniepooprotezowaniu | zlaską | przy pomocy kul  | za pomocąbalkonika | na wózkuinwalidzkim | zprzewodnikiem | brak możliwości/osoba leżąca |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Zdolność w zakresie komunikowania się z otoczeniem**

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI** |
| **PEŁNA/Y** | **OGRANICZENIA*****(jeżeli tak, to na czym one polegają?)*** |
| **zdolność do słyszenia** |  |  |
| **zdolność do widzenia** |  |  |
| **zdolność do artykulacji i rozumienia mowy** |  |  |
| **kontakt słowny** |  |  |

**4. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ CZYNNOŚCI** | **ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI** |
| **Określenie samodzielności i zależności od innych** **w prowadzeniu gospodarstwa domowego** | **SAMODZIELNIE** | **KONIECZNA POMOC** | **CAŁKOWITE** **UZALEŻNIENIE** **OD INNYCH OSÓB** |
| sprzątanie mieszkania  |  |  |  |
| robienie gruntownych porządków(mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg, itp.) |  |  |  |
| ogrzewanie mieszkania |  |  |  |
| pranie |  |  |  |
| prasowanie |  |  |  |
| zmywanie |  |  |  |
| robienie zakupów |  |  |  |
| planowanie budżetu domowego |  |  |  |
| dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe |  |  |  |

**V. INFORMACJE O UCZESTNICTWIE W ŻYCIU SPOŁECZNYM**

*(z uwzględnieniem zdolności do: nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby)*

 **PEŁNA ZDOLNOŚĆ OGRANICZENIA**

Jeśli występują ograniczenia, to jakiego rodzaju?: .....................................................................................

.................................................................................................................................................................. .

**Udzielanie wsparcia przez instytucje:**

1. Czy korzysta Pan(i) z pomocy instytucji (np.: ośrodka pomocy społecznej): TAK NIE

2. Rodzaj tej pomocy (finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa itp.): .............................................

**VI. OPIS SYTUACJI ZAWODOWEJ**

|  |
| --- |
| **1. WYKSZTAŁCENIE** |
| **Poziom wykształcenia:** mniej niż podstawowe podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe zasadnicze branżowe średnie branżowe średnie wyższe  |
| **Kierunek kształcenia** |  |
| **Zawód wyuczony** |  |
| **2. KWALIFIKACJE** |
| **Szkolenia i kursy** (zdobyte uprawnienia, staże/praktyki): |  |
| **Znajomość obsługi komputera** | nieposiadam posiadam (w jakim stopniu?): …….…………… |
| **Prawo jazdy** | nieposiadam posiadam (jakiej kategorii?): …….……………. |
| **Języki obce** (poziom znajomości) | brak znajomości posiadam znajomość: …….…………….. |
| **3. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA** |
| **STAŻ PRACY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (w latach)** |
|  pracujący, bezrobotny (zarejestrowany w PUP: TAK NIE),emeryt/rencista,  |
| **Zawód obecnie wykonywany** |  |
| **Aktualne wykonywana praca**(stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia) |  |
| **Przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia** |  |
| **Nabyte umiejętności zawodowe** (w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń) |  |
| **4. PLANY ZAWODOWE** |  |

***Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.***

.................................................. ..................................................

 *(miejscowość, data)*  *(czytelny podpis wnioskodawcy)*