

## Kwestionariusz do oceny sytuacji socjalno – społecznej

Osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia o stopniu 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 Zduńskiej Woli ul. Żeromskiego 3A, 98-220 Zduńska Wola najpóźniej do dnia komisji lub na jej posiedzenie.

**Niedostarczenie wypełnionego kwestionariusza spowoduje zawieszenie postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności.**

### 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: 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 znajdują 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 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:

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/i czynności wydalnicze?

a) tak                      b) nie                      c) (miejsce na dodatkowy opis).....

#### **Charakterystyka zdolności do poruszania się:**

*Proszę zaznaczyć odpowiednie opisy charakteryzujące Pana/nią w tym zakresie.*

- Poruszanie po mieszkaniu

a) samodzielnie  
b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne-jakie?.....  
c) tylko przy pomocy innej osoby (osób)  
d) w ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu, jestem osoba leżącą

- Czy wychodzi Pan/i sama z domu?

a) samodzielnie  
b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul itp.  
c) samodzielnie ale w towarzystwie innej osoby/osób  
d) przy pomocy sprzętu (np. na wózku inwalidzkim) 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/i sytuację.*

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

a) wykonuje 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) wykonuje 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 podstawowe, pierwszej potrzeby  
c) wyręcza mnie w tym inna osoba  
(miejsce na dodatkowy opis).....



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

- Mam kłopoty ze słuchem: a) tak b) nie  
(miejsce na dodatkowy opis, np. niedosłyszę, w ogóle nic 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 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:
  - a) bez użycia okularów (soczewek kontaktowych, lupy)
  - b) bez trudności, ale przy pomocy okularów (soczewek kontaktowych, lupy)
  - c) z trudnościami mimo korzystania z okularów (soczewek kontaktowych, 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/i z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej?)
  - a) tak b) nieJeśli 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) nieJeśli tak, to w jakiej formie i kto miałby jej udzielać? .....  
.....  
.....

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.