

pieczętka instytucji
wypełniającej formularz

SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ORZECZENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia stan cywilny
4. Sytuacja rodzinna
 - a) liczba dzieci i ich wiek.....
 - b) wskazać osoby wspólnie zamieszkujące.....
 - c) określenie osób, grup odniesienia i instytucji z którymi należy współdziałać w zakresie integracji osoby badanej ze społeczeństwem
.....
.....
5. Źródło utrzymania osoby badanej.....
 - a) wysokość dochodów
czy własne dochody wystarczają na zaspokojenie potrzeb podstawowych (utrzymanie mieszkania, żywność, koszty leczenia, ubranie i inne)
.....
.....
6. Stan majątkowy osoby badanej:.....
.....
7. Sytuacja mieszkaniowa: stan techniczny (dobry, wymaga napraw, remontu, nie nadaje się do dalszego zamieszkiwania), powierzchnia użytkowa mieszkania na jednego mieszkańca, czy ma do dyspozycji własny pokój:
.....
.....
8. Dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby badanej:
 - a) czy występują bariery architektoniczne, jeżeli tak to jakie:
 - b) z jakich usprawnień korzysta w miejscu zamieszkania.....
9. **Zdolność osoby badanej do:**
 - A. **samodzielnej egzystencji** - możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb (czy może je zaspokajać samodzielnie, czy wymaga wsparcia innej osoby – częściowo lub całkowicie, stale lub

długookresowo – każdą z tych ocen należy odnieść do każdej w wymienionych niżej czynności)

- ◆ higiena osobista - mycie, prysznic, kąpiel, higiena jamy ustnej, czesanie, golenie, używanie łazienki

.....
.....

jedzenie - samo spożywanie jedzenia, przygotowywanie posiłków

.....
.....

- ◆ poruszanie się - wstawanie z łóżka, ubieranie i rozbieranie się, chodzenie, poruszanie się po schodach, opuszczanie domu i powrót, używanie laski lub kuli, wózka inwalidzkiego, potrzeba zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny mogący poprawić samodzielność osoby badanej

.....
.....

- ◆ prorowadzenie domu - zakup produktów spożywczych, gotowanie, sprząatanie domu, zmywanie naczyń, zmiana i pranie bielizny pościelowej i odzieży, ogrzewanie

.....
.....

B. pełnienia ról społecznych:

możliwość pełnienia ról zawodowych, rodzinnych, społecznych stosowanie do wieku, płci, wykształcenia itp., możliwość uczestniczenia w życiu zbiorowym – samodzielnie, korzystając ze wsparcia, czy uczestniczenie w życiu zbiorowym w ogóle jest możliwe, jakie są ograniczenia w pełnieniu ról społecznych

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

C. komunikowania się z innymi osobami (jakie są ograniczenia tej zdolności):

.....
.....

10. Ogólna ocena samodzielnego funkcjonowania (rokowania) i sytuacji społecznej osoby badanej:

A. czy opisany wcześniej poziom samodzielnego funkcjonowania może się:

- ◆ utrzymywać,
- ◆ pogorszyć się,
- ◆ polepszyć się,

B. czy możliwe jest do zaproponowania i uzupełnienia w zakresie zaspokojenia niezbędnych niedostatków finansowych, rzeczowych, usługowych, kontaktów z otoczeniem, wsparcie w środowisku zamieszkania przez:

a) **rodzinę** (jakie wsparcie i na jaki możliwy okres czasu ?)

.....

.....
b) **środowisko lokalne sąsiadów, znajomych, wolontariuszy, organizacje społeczne działające na rzecz osób niepełnosprawnych** (jakie wsparcie i na jaki możliwy okres czasu ?)
.....
.....

c) **gminę, zwłaszcza ośrodek pomocy społecznej lub inne podmioty życia zbiorowego** (jakie wsparcie i na jaki możliwy okres czasu ?)
.....
.....

d) **pomimo uruchomienia dostępnego w miejscu zamieszkania wsparcia niemożliwe jest dalsze samodzielne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania**
.....
.....

10. **Dostępność do usług** (należy zaznaczyć czy w miejscu zamieszkania osoba może korzystać z usług: medycznych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych, innych)
.....
.....

OŚWIADCZENIE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby zainteresowanej)

.....
podpis pracownika socjalnego