**SYTUACJA SPOŁECZNA i zawodowa**

**OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ**

# O ORZECZENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(Wypełnia osoba zainteresowana na zasadzie oświadczenia)

1. Imię i nazwisko.........................................................................................................................

2. Adres zamieszkania...................................................................................................................

3. Data urodzenia...........................................stan cywilny...........................................................

4. Sytuacja rodzinna:

a) liczba dzieci i ich wiek..........................................................................................................

b) osoby wspólnie zamieszkujące.............................................................................................

5. Źródło utrzymania osoby badanej.............................................................................................

□ wynagrodzenie, □ renta/emerytura, □ na utrzymaniu rodziny, □ zasiłek z opieki społecznej,

□ zasiłek dla bezrobotnych, □ dochody z działalności rolniczej, □ własna działalność gospodarcza,

□ inne …………………………………………………………………………………………..

czy własne dochody wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb (utrzymanie

mieszkania, wyżywienie, koszty leczenia, ubranie lub inne)

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

6. Sytuacja mieszkaniowa:

stan techniczny - dobry, wymaga napraw, remontu, nie nadaje się do dalszego zamieszkania,

czy ma do dyspozycji własny pokój, ……………………………………………….………………….

czy jest wyposażenie w media, wodę, prąd, centralne ogrzewanie : ………………….…………………

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

7. Dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby badanej:

a) czy występują bariery architektoniczne, jeżeli tak to jakie?..............................................................

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

b) z jakich ułatwień korzysta w miejscu zamieszkania.........................................................................

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

8. Zdolność osoby badanej do:

a) **samodzielność egzystencji** – możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb (czy może

je zaspokoić samodzielnie, czy wymaga wsparcia innej osoby – częściowo lub

całkowicie , stale lub długo okresowo – każdą z tych ocen należy odnieść do każdej z

wymienionych niżej czynności – w których wymaga częściowej pomocy , które wykonuje samodzielnie , w których jest całkowicie zależna)

**· higiena osobista –** **samodzielnie z pomocą z pełną opieką**

**(osoba całkowicie niesamodzielna**

**zależna)**

mycie, prysznic, kąpiel, x x x

higiena jamy ustnej, czesanie, golenie, x x x

używanie łazienki, toalety x x x

**· jedzenie** – **samodzielnie z pomocą z pełną opieką**

samo spożywanie jedzenia, x x x

przygotowanie posiłków x x x

**· poruszanie się samodzielnie z pomocą z pełną opieką**

wstawanie z łóżka, x x x

ubieranie i rozbieranie się, x x x

chodzenie, poruszanie się po schodach, x x x

opuszczanie domu i powrót, x x x

używanie laski lub kuli, wózka inwalidzkiego, x x x

Potrzeba zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny lub wspomagający mogący poprawić samodzielność osoby badanej np. aparat słuchowy, kula, laska, wózek inwalidzki itp. - wymienić jaki: ....................................................................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………

**· prowadzenie domu –**  **samodzielnie z pomocą z pełną opieką**

zakup produktów spożywczych, x x x

gotowanie, zmywanie naczyń, x x x

sprzątanie domu, ogrzewanie x x x

zmiana i pranie bielizny pościelowej i odzieży, x x x

b) **pełnienie ról społecznych** w codziennym funkcjonowaniu – możliwość pełnienia ról zawodowych, rodzinnych, społecznych stosowanie do wieku, płci, wykształcenia itp.; możliwość uczestniczenia w życiu zbiorowym – samodzielnie, korzystając ze wsparcia, czy uczestniczenia w życiu zbiorowym w ogóle jest możliwe, jakie są ograniczenia w pełnieniu ról społecznych

……………………………………………………………………………………………………………

* czy osoba utrzymuje kontakty społeczne ( z otoczeniem) i w jakiej formie

……………………………………………………………………………………………………………

* czy przynależy i działa w organizacjach, stowarzyszeniach jakich?

……............................................................................................................................................................

**c) komunikowania się z innymi osobami prawidłowe występujące ograniczenia**

**(jakie)?**

zdolność słyszenia. x x …………….…….…………….……

rozumienie mowy x x …………….……….……………….

realizacja mowy (kontakt słownym x x …………………….……………..…

ograniczenie widzenia x x …………………….……..…………

10. Dostępność do usług - czy osoba może korzystać z usług: medycznych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych, innych jeśli występują ograniczenia to jakie. )

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

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

**SYTUACJA ZAWODOWA**

1. **Wykształcenie**
   1. poziom wykształcenia[[1]](#footnote-1)
   2. kierunek kształcenia
   3. uzyskany zawód
   4. inne (np. studia podyplomowe, specjalizacje)
2. **Kwalifikacje**
   * 1. szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki)

* + 1. znajomość obsługi komputera

* + 1. prawo jazdy □ nie posiada, □ posiada (jakiej kategorii?)

* + 1. języki obce □ brak znajomości, □ posiada znajomość (jakie? poziom znajomości)

1. **Przebieg kariery zawodowej**
   * + 1. ogólny staż pracy ………………..…. (lata);
       2. wykonywane zawody

* + - 1. aktualnie wykonywana praca[[2]](#footnote-2),

□ aktywna/y zawodowo – zakład pracy i stanowisko

□ nieaktywna/y zawodowo

□ emeryt/rencista ZUS/KRUS/MSWiA od kiedy …………………………..

□ bezrobotna/y zarejestrowany/niezarejestrowany w Urzędzie Pracy od kiedy ………………………….

* + - 1. przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia

* + - 1. nabyte umiejętności zawodowe[[3]](#footnote-3)

6. dodatkowe informacje (np. praca w warunkach szkodliwych)

1. **Plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia**

□ poszukujący pracy (w jakim zawodzie?)

□ brak motywacji do podjęcia pracy, przyczyna …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

□ zmotywowany do kontynuowania pracy na obecnym stanowisku

□ zmotywowany do przekwalifikowania

Inne

# V. Ograniczenia

□ ograniczenia na stanowisku pracy

□ brak ograniczeń, na stanowisku pracy - dostosowane do możliwości psychofizycznych wnioskodawcy

□ ograniczenia do podjęcia zatrudnienia

□ ograniczenia w korzystaniu ze środków komunikacji publicznej

**VI. Dodatkowe informacje, uwagi od wnioskodawcy**

# OŚWIADCZENIE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

**Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.**

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

miejsce i data podpis osoby zainteresowanej

1. mniej niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe (posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej) [↑](#footnote-ref-1)
2. # stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia

   [↑](#footnote-ref-2)
3. w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń; [↑](#footnote-ref-3)