**Załącznik nr 2
PPW-K**

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY TRUDNOŚCI W ZAKRESIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM

# I. Instrukcja wypełniania.

Przed przystąpieniem do wypełniania Kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem (zwanego dalej „Kwestionariuszem samooceny”) należy wpisać WIELKIMI LITERAMI dane osoby dokonującej samooceny: imię, drugie imię, nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu tożsamości (w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL). Wypełniając Kwestionariusz samooceny, należy ustosunkować się do wszystkich ponumerowanych pozycji oraz dla każdej z nich zaznaczyć znakiem X tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź.

## I.1. Uwaga techniczna dla niewidomych.

Odczytując formularz skrótem Ctrl + strzałka w dół ustawiamy kursor na początku akapitu. Także takiego z polem wyboru. Po jego odczytaniu należy nacisnąć klawisz End, a potem Home, aby przejść do pola wyboru, które zaznacza się spacją. Pamiętajmy, że zaznaczyć można tylko jedną odpowiedź. Próba postawienia spacji lub pisania w niewłaściwym miejscu będzie skutkowała komunikatem, że nie można wprowadzić zmiany. Pisać można tylko w polach edycyjnych, oznajmianych kilkukrotnym wypowiedzeniem „kropka”. Wówczas należy nacisnąć End i po odczytaniu „wielokropek” można rozpocząć jego wypełnianie. Także w przypadku wierszy typu Imię, Nazwisko, gdzie po etykiecie jest pole tekstowe, naciskamy End, aby móc je wypełnić.

# II. Informacja o niemożności wypełnienia kwestionariusza samooceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

Czy z przyczyn związanych ze stanem zdrowia nie jest możliwe sporządzenie oceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia? (1)

[ ]  tak

[ ]  nie

Jeżeli tak, proszę podać przyczyny powodujące niemożność sporządzenia samooceny:

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

(1) Niemożność sporządzenia kwestionariusza samooceny dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrozumieć treści w nim zamieszczonych lub udzielić samodzielnie odpowiedzi. Dotyczy to, w szczególności, osób z: zaburzeniami świadomości (będących w śpiączce lub stanie wegetatywnym), niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami należącymi do spektrum autyzmu, zaburzeniami neuropoznawczymi albo zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii lub innymi zaburzeniami psychotycznymi.

# III. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia:

Imię: ………………………………………………………

Drugie imię: ………………………………………………………

Nazwisko: …………………………………………………………………………………….

Numer PESEL: …………………………………………

Seria i numer dokumentu tożsamości (2): ……………………………………………………

(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

# IV. Proszę zaznaczyć, jak ocenia Pani/Pan swoje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, wynikające z niepełnosprawności:

[ ] bardzo źle – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczania w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  źle – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  średnio – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby, w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić

[ ]  dobrze – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego co do zasady nie wymaga wsparcia innych osób

# V. Czy w codziennym funkcjonowaniu korzysta Pani/Pan z technologii wspomagającej?

[ ]  tak

[ ]  nie

jeżeli tak, podać z jakich:

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

# VI. Proszę wymienić główne dolegliwości, które utrudniają Pani/Panu codzienne funkcjonowanie. Proszę podać, jak często w Pani/Pana ocenie one występują:

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

# VII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Poruszanie się”:

## VII.1. Zmiana pozycji ciała w łóżku

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.2. Siadanie i utrzymanie stabilnej pozycji siedzącej

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.3. Stanie i utrzymanie stabilnej pozycji stojącej

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.4. Chodzenie po powierzchniach płaskich w obrębie mieszkania lub domu oraz bezpośrednim jego otoczeniu

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.5 Wchodzenie na schody i schodzenie z nich

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.6. Poruszanie się poza domem oraz jego bezpośrednim otoczeniem

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.7. Przemieszczanie się środkami transportu i umiejętność korzystania ze środków transportu publicznego w miejscu zamieszkania i poza nim

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## VII.8. Podnoszenie, chwytanie i manipulowanie przedmiotami użytkowymi

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

# VIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Dbanie o siebie i własne zdrowie”:

## VIII.1. Utrzymywanie higieny (mycie i osuszanie ciała, mycie zębów, czesanie się, golenie)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## VIII.2. Ubieranie się

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## VIII.3. Załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## VIII.4. Jedzenie i picie

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## VIII.5. Troska o własne zdrowie (3)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(3) np.: świadomość potrzeb zdrowotnych wynikających ze stanu zdrowia, stosowanie się do zaleceń lekarza w zakresie: przyjmowania leków z zastosowaniem prawidłowej dawki podawania leku, stosowania diety, przestrzeganie harmonogramu wizyt lekarskich i zleconych badań diagnostycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych, poszukiwanie pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, unikanie czynników szkodliwych oraz zagrożeń dla zdrowia i życia

# IX. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Aktywność w gospodarstwie domowym”:

## IX.1. Dokonywanie zakupów

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## IX.2. Przygotowywanie posiłków

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## IX.3. Wykonywanie prac domowych (4)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(4) np.: sprzątanie powierzchni mieszkalnej, pranie, prasowanie, czyszczenie i naprawianie garderoby oraz obuwia, usuwanie śmieci, korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego

# X. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Porozumiewanie się”:

## X.1. Porozumiewanie się za pomocą języka mówionego (mówienie i rozumienie mowy)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

## X.2. Porozumiewanie się za pomocą języka pisanego (pisanie i czytanie)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

[ ]  X.2.1. Porozumiewanie się za pomocą języka migowego

[ ] tak

[ ]  nie

[ ]  X.2.2. Porozumiewanie się za pomocą metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)

[ ]  tak

[ ] nie

jeżeli **tak**, podać z jakich:

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

## X.3. Prowadzenie rozmowy i przekazywanie informacji za pomocą języka mówionego, języka pisanego, języka migowego lub metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (5)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(5) np.: logiczne i zwięzłe przekazywanie informacji innym osobom, w tym dotyczących własnych potrzeb, dolegliwości i emocji; rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie rozmowy w kontaktach z osobami znajomymi i obcymi, w tym również przy załatwianiu spraw urzędowych, w trakcie której, wymieniane są informacje, poglądy i myśli

# XI. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie w społeczeństwie”:

## XI.1. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów (6)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność

(6) np.: inicjowanie kontaktu z osobami znanymi i obcymi, zdolność rozumienia zachowań, wypowiedzi i oczekiwań innych osób i umiejętność ich zaspokajania, zawieranie przyjaźni i jej utrzymanie, tworzenie bliskich kontaktów uczuciowych, w tym zdolność do założenia rodziny i dbania o jej dobro

## XI.2. Załatwianie spraw urzędowych (7)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(7) np.: załatwianie spraw własnych i osób bliskich w różnych urzędach i instytucjach, w tym spraw związanych ze stanem zdrowia, pisanie pism urzędowych, składanie wniosków za pośrednictwem poczty lub Internetu

## XI.3. Organizowanie i spędzanie wolnego czasu (8)

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność

(8) np.: branie udziału w wydarzeniach kulturalnych, religijnych i sportowych, posiadanie hobby, oglądanie programów telewizyjnych, granie w różne gry, czytanie książek, zwiedzanie, uczestniczenie w turnusach rehabilitacyjnych

# XII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie poznawcze i psychiczne”:

## XII.1. Zdolność do zapamiętywania nowych informacji i zdarzeń oraz pamiętanie informacji nabytych

[ ]  całkowity brak zdolności

[ ]  zdolność ograniczona (proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)

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

[ ]  pełna zdolność

## XII.2. Zdolność do skupiania uwagi (9)

[ ]  całkowity brak zdolności

[ ]  zdolność ograniczona (proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)

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

[ ]  pełna zdolność

(9) np. na wykonywanej czynności, informacji przekazywanej przez inną osobę, oglądanym filmie, czytanej książce

## XII.3. Zdolność do myślenia i rozwiązywania problemów (10)

[ ]  całkowity brak zdolności

[ ]  zdolność ograniczona (proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)

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

[ ]  pełna zdolność

(10) np.: umiejętność liczenia, rozpoznawanie nominałów banknotów, rozumienie pojęcia czasu i liczby, znajomość wskazań zegara, planowanie rozkładu dnia, wydatków, ustalanie priorytetów oraz strategii działania oraz monitorowanie ich wykonania

## XII.4. Opanowanie nowej umiejętności (11)

[ ]  całkowity brak zdolności do opanowania nowej umiejętności lub zachowania

[ ]  zdolność ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – mogę opanować samodzielne wykonywanie nowej czynności lub zachowania

(11) np.: opanowanie nowej, nieposiadanej wcześniej umiejętności lub zachowania niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, w tym umiejętności samodzielnego wykonania czynności lub przy wsparciu innej osoby, wdrożenie nowego zachowania do repertuaru codziennych zachowań.

## XII.5. Kontrola emocji i zachowania (12)

[ ]  całkowity brak zdolności do kontrolowania emocji i zachowania

[ ]  zdolność ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – posiadam pełna kontrolę nad emocjami i zachowaniem

(12) brak kontroli nad emocjami: wybuchanie gniewem, krzykiem, głośnym płaczem w sposób nieakceptowany społecznie, występowanie zachowań agresywnych skierowanych na inne osoby, np. popychanie, szturchanie, bicie, lub skierowanych na siebie np. w formie samookaleczenia

# XIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność odbioru bodźców za pomocą narządu wzroku i słuchu

## XIII.1. Odbiór bodźców wzrokowych (13)

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – brak zaburzeń narządu wzroku

(13) zdolność widzenia za pomocą narządu wzroku

## XIII.2. Odbiór bodźców słuchowych (14)

[ ]  całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

[ ]  brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

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

[ ]  zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

[ ]  pełna zdolność – brak zaburzeń narządu słuchu

(14) zdolność słyszenia za pomocą narządu słuchu

# XIV. Proszę podać inne informacje na temat swojego funkcjonowania, które Pani/Pan uważa za istotne:

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

# XV. Proszę określić, czy Pani/Pan ma trudności z dotarciem do siedziby wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

[ ]  tak

[ ]  nie

jeżeli **tak**, proszę podać jakie:

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

# Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym kwestionariuszu samooceny są prawdziwe.

Miejscowość: ………………………………………………

Data (*dd/mm/rrrr*): ………………………………

Podpis wnioskodawcy: ………………………………………………