**ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSRPAWNOŚCIĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT** | **Fundacja Imago** |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **Centrum Włączenia Społecznego 4.0** |
| **NUMER PROJEKTU** | **FEDS.09.01-IP.02-0058/23** |
| **OKRES REALIZACJI PROJEKTU** | **01.01.2024 – 30.06.2026** |

|  |  |
| --- | --- |
| **O SOBIE** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| Ograniczenie praw  *(proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)* | - ubezwłasnowolnienie całkowite  - ubezwłasnowolnienie częściowe  -pełnomocnictwo  Jeśli tak, w jakim zakresie? Kto jest opiekunem prawnym?  …………………………………………………………………………………………… |
| Grupa/stopień niepełnosprawności |  |
| Rodzaj niepełnosprawności, zgodnie z orzeczeniem |  |
| Dominujący rodzaj/zakres niepełnosprawności:  *(jakie ograniczenia powoduje niepełnosprawność, na czym dokładnie polega)* |  |
| Z jakimi osobami Pan/i mieszka? |  |
| Kogo należy powiadamiać w nagłych wypadkach? |  |
| Czy korzysta Pan ze wsparcia innych osób? *(jeśli tak, na czym polega to wsparcie, jak często?)* |  |
| **SAMOOBSŁUGA** | |
| W jakich czynnościach codziennych wymaga Pan/i wsparcia?  *- higiena osobista, potrzeby fizjologiczne, przygotowanie i spożywanie posiłków, dbanie o gospodarstwo domowe, dokonywanie bieżących zakupów itp.* |  |
| Czy może Pan/i liczyć na pomoc innych osób w wykonywaniu czynności życia codziennego oraz realizacji potrzeb bieżących ? |  |
| **PRZEMIESZCZANIE SIĘ** | |
| Czy Pan/i porusza się przy wsparciu sprzętu specjalistycznego/pomocniczego  *(jeśli tak jaki to sprzęt np. biała laska, wózek, chodzik, kule, pies przewodnik, itp.)* |  |
| Jakiego rodzaju wsparcia potrzebuje Pan/i w przemieszczaniu się  (*dopytać w odniesieniu do miejsca zamieszkania/najbliższej okolicy oraz poruszania się komunikacją miejską).* |  |
| **KOMUNIKOWANIE SIĘ** | |
| Czy wymaga Pan/i wsparcia w komunikacji z otoczeniem?  - tłumacz j.migowego (PJM/SJM/UJM), sprzętu specjalistycznego – w tym aplikacji, transkrypcji |  |
| Z jakiego sprzętu, w tym aplikacji Pan/i korzysta w komunikacji |  |
| **ASPEKTY ZDROWOTNE** | |
| Jakie leki Pan/i przyjmuje interwencyjnie? |  |
| Czy jakieś pokarmy nie powinny być spożywane? (alergie, obligatoryjna dieta, preferowane aktywności fizyczne) |  |
| Zachowania specyficzne (wynikające z zakresu niepełnosprawności)  Czy ma Pan/i zachowania, na które zwracają uwagę inne osoby?  W jakich okolicznościach się pojawiają/jakie sytuacje są spustowymi? |  |
| **AKTYWNOŚĆ WŁASNA** | |
| Jak wygląda Pan/i rozkład dnia w kilku zdaniach:  (stałe aktywności, praca, placówki wsparcia, określenie rytmu dobowego) |  |
| Jakie ma Pan/i zainteresowania /umiejętności/co lubi Pan/i robić?  Jak lubi Pan/i spędzać wolny czas? |  |
| Jakie formy aktywności społecznej Pan/i podejmuje |  |
| **POTENCJAŁ. ZASOBY WŁASNE.** | |
| Czy jest Pan/i świadomy/a celu działań i korzyści usługi asystenckiej?  *Samoświadomość potrzeb i zainteresowań a także sposobów ich realizacji,* *efektywnego planowania otrzymywanego wsparcia w projekcie i poza nim.* |  |
| Proszę opowiedzieć w kilku słowach o swojej motywacji do zwiększenia samodzielności życiowej.  *Wytrwałości w dążeniu do celu, odporności na stres, radzeniu sobie z nowymi wyzwaniami.* |  |
| Proszę wskazać 5 cech charakteru/osobowości, jakie najlepiej Panią/Pana charakteryzują (pozytywne i/lub negatywne).  *Komunikatywność, odpowiedzialność, uczciwość, punktualność, wrażliwość, spokój i opanowanie, odwaga, staranność, humor, impulsywność, kłótliwość, konformizm, lekkomyślność, lenistwo, podejrzliwość, rozrzutność, itp.* |  |
| **OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA** | |
| Z jakimi osobami lubi Pan/i przebywać? Jakie cechy powinni posiadać? |  |
| Jak Pan/i chciałby/chciałaby spędzać czas z Asystentem?  W jakich czynnościach mógłby pomóc Pan/i Asystent/tka? |  |
| Co dzięki wsparciu Asystenta/ki chciałby/a by Pan/i osiągnąć w najbliższym czasie |  |
| Jakie cele chciałby/chciałaby Pan/i zrealizować wraz z Wolontariuszem?  *Wolontariat samopomocowy – zadania realizowane inne niż usługa asystencka, wsparcie ma na celu podniesienie samoświadomości, rozwój potencjału własnego, efektywne korzystanie z dostępnych rozwiązań na rzecz ON (instancjonalnych, pozainstytucjonalnych).* | **Roboczo wpisuję do wykorzystania** 😉  Rozwiązania zwiększające poczucie bezpieczeństwa – np. system przywoławczy, …  Informacje na temat przywilejów/możliwości dla ON: Karta turnus rehabilitacyjny, …  Lista lokalnych atrakcji dla ON: kawiarnie, kluby książki/filmu, parafie, miejsca, gdzie można tanio zjeść, …  Spędzanie czasu z innymi ON – UTW, kluby książki/filmu, domy sąsiedzkie, gimnastyka, treningi pamięci, spotkania edukacyjne, …  Wsparcie psychologa, pracownika socjalnego, rodziny, … |
| W jakim wymiarze czasowym chciałby Pan/i otrzymać wsparcie?  a) Usługi asystenckie  (preferowane dni, godziny):  b) Wolontariat samopomocowy (preferowane dni, godziny): | a) |
| b) |