**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) |