

Arkusz diagnostyczny dla osoby z niepełnosprawnością

O SOBIE	
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Adres mailowy	
Data urodzenia	
Wykształcenie	
Zawód wyuczony/wykonywany	
Status na rynku pracy	
Ograniczenie praw (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, w jakim zakresie? Kto jest opiekunem prawnym? Nie
Grupa/stopień niepełnosprawności	
Grupa/stopień niepełnosprawności	
Dominujący wg Pana/i rodzaj niepełnosprawności:(proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok i dopisać nazwę głównego schorzenia)	ruchowa..... wzrokowa..... psychiczna..... neurologiczna..... schorzenia narządu mowy..... schorzenia narządu słuchu..... intelektualne..... autyzm..... inne.....

Załącznik 3

ZACHOWANIA ZDROWOTNE	
Leki przyjmowane przez Pana/ią codziennie (w jakich godzinach i przez kogo są podawane?)	
Leki przyjmowane interwencyjnie przez Pana/ią (w jakich sytuacjach i przez kogo są podawane?)	
Czy ma Pan/i alergię na jakiś czynnik?(proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, co jest alergenem i jak reagować przy objawach?
	Nie
W jakich porach je Pan/i stałe posiłki?	
Kogo należy powiadamiać w nagłych wypadkach?	
PORUSZANIE SIĘ	
W domu porusza się Pan/i (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	samodzielnie z pomocą sprzętów ortopedycznych jakich?
	nie poruszam się samodzielnie
Poza miejscem zamieszkania porusza się Pan/i (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)/stopień niepełnosprawności	- samodzielnie
	- z pomocą sprzętów ortopedycznych
	- nie poruszam się samodzielnie
Czy do przemieszczania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest Panu/i czyjeś wsparcie? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, jakiego rodzaju wsparcie?
	Nie

Załącznik 3

KOMUNIKOWANIE SIĘ	
W jaki sposób Pan/i komunikuje się z innymi osobami w bezpośrednim kontakcie? (w tym posługiwanie się językiem migowym, piktogramami, komunikatorami itp.)	
W jaki sposób Pan/i komunikuje się na odległość (telefon, sms, Skype, inne)?	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
Z jakimi osobami Pan/i mieszka?	
W jakich czynnościach codziennych w szczególności wymaga Pan/i wsparcia?	
Czy może Pan/i liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, jakie to osoby i w jakich czynnościach pomagają?
	Nie
AKTYWNOŚĆ WŁASNA	
Jak wygląda Pan/i rozkład dnia w kilku zdaniach:	
Jakie ma Pan/i zainteresowania/umiejętności/co lubi Pan/i robić?	
Gdyby miał Pan/i jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan/i spędził?	

Załącznik 3

ZACHOWANIA SZCZEGÓLNE	
Proszę wymienić wszystkie Pana/i zachowania, które zastanawiają/dziwią inne osoby?	
W jakich sytuacjach pojawiają się ww. reakcje (np. stres)?	
Jak reagować w ww. sytuacjach (np. muzyka relaksacyjna, zmiana oświetlenia, inne)?	
OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA	
Z jakimi osobami lubi Pan/i przebywać? Jakie posiadają cechy charakteru?	
Czy ma Pan/i preferencje dot. wieku Asystenta/tki? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, jakie ?
	Nie
Czy ma Pan/i preferencje dot. płci Asystenta/tki? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, jakie ?
	Nie
Jak Pan/i chciałby/chciałaby spędzać czas z Asystentem?	
W jakich czynnościach mógłby pomóc Pan/i Asystent/tka?	

Załącznik 3

DOTYCHCZASOWE WSPARCIE	
Czy do tej pory korzystała Pan/i z innych form wsparcia? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, z jakich ?
	Nie
Czy był/a Pan/i zadowolony/a z ww. form wsparcia? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź obok)	Tak, z których ?
	Nie, z których ?
NA ZAKOŃCZENIE	
Skąd dowiedziała się Pan/i o projekcie?	
Kim wg Pana/i jest Asystent Osoby z niepełnosprawnością?	

Dodatkowe, przykładowe obszary tematyczne do wykorzystania:

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE <i>(np. udział w zajęciach grupowych)</i>	ZACHOWANIA HIGIENICZNE <i>(np. toaleta)</i>	INNE
--	---	-------------

Część 2

Kryteria do spełnienia przez kandydata/tkę:

I. Motywacja do udziału w projekcie

Ilość punktów:..... (maksymalnie 5 punktów)

II. Gotowość do realizacji zaplanowanej ścieżki wsparcia

Ilość punktów:..... (maksymalnie 5 punktów)

III. Osoba (opiekun faktyczny) samotnie wychowująca osobę/y z niepełnosprawnością

Ilość punktów:..... (maksymalnie 3 punkty)

Razem uzyskana ilość punktów:.....(kwalifikacja do projektu od min. 7 punktów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w arkuszu diagnostycznym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych).

.....
Data:

.....
Podpis kandydata/tki lub opiekuna/ów

.....
Data:

.....
Sporządził/a, dyspozytor/ka