

Projekt „CENTRUM ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ (CAS) – model wsparcia zadań OPS/PCPR
w aktywizacji społecznej i zawodowej ON”

Załącznik nr 3

Arkusz diagnostyczny dla otoczenia osoby niepełnosprawnej

Dane opiekuna/osoby z otoczenia osoby niepełnosprawnej

1. Imię i nazwisko osoby, z którą realizowany jest wywiad:
2. Kim dla Pana(i) jest osoba, której Pan(i) pomaga?
3. Pana(i) numer kontaktowy/numer kontaktowy opiekuna prawnego:

Dane osoby niepełnosprawnej

1. Imię i nazwisko ON:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy (jeśli jest inny niż podany powyżej):
4. Data urodzenia:
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Status na rynku pracy:
8. Grupa/stopień niepełnosprawności:
9. Jaki jest rodzaj niepełnosprawności ON ubiegającej się o wsparcie AON:
 - 1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa),
 - 2) dysfunkcja narządu wzroku,
 - 3) zaburzenia psychiczne,
 - 4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
 - 5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
 - 6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,
10. Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:
11. Czy osoba (ON) ubiegająca się o wsparcie AON porusza się:

KODY						
------	--	--	--	--	--	--

W domu	1) samodzielnie	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Poza miejscem zamieszkania	1) samodzielnie	2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	3) nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

12. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak / Nie**
13. Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?

I. ŚRODOWISKO:

1. Z kim osoba niepełnosprawna ubiegająca się o wsparcie mieszka?
2. W jakich czynnościach w szczególności osoba, której Pan(i) pomaga wymaga wsparcia?

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Projekt „CENTRUM ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ (CAS) – model wsparcia zadań OPS/PCPR
w aktywizacji społecznej i zawodowej ON”

3. Jakie trudności/ przeszkody napotyka osoba, którą Pan(i) wspiera w miejscu zamieszkania?
czy łatwo jest poruszać się po okolicy, czy łatwo jest załatwiać ważne dla ON sprawy np. w urzędach, sklepach itp.

4. Czy osoba, którą Pan(i) wspiera może liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

II. ZAKRES UDZIELANEGO WSPARCIA PRZEZ OPIEKUNA PRAWNEGO/OSOBĘ Z OTOCZENIA ON:

1. W jakich czynnościach udziela Pan(i) wsparcia osobie, której Pan(i) pomaga?
2. W jakich porach dnia udziela Pan(i) wsparcia?
3. Z jaką częstotliwością udziela Pan(i) wsparcia?
4. Czy napotyka Pan(i) na jakieś trudności związane z udzielanym przez siebie wsparciem? Czy coś Pan(i) sprawia szczególną trudność? Jeśli tak, to jaką, czego ona dotyczy, z czego wynika?

III. SPĘDZANIE CZASU:

1. Proszę opisać w paru zdaniach jak wygląda rozkład dnia osoby, którą Pan(i) wspiera:

2. Jaką osobą, którą Pan(i) wspiera ma zainteresowania, umiejętności, co lubi robić?

IV. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Projekt „CENTRUM ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ (CAS) – model wsparcia zadań OPS/PCPR
w aktywizacji społecznej i zawodowej ON”

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:
.....

4. W jakich czynnościach asystent mógłby pomóc osobie ubiegającej się o wsparcie? Jakie wsparcie byłoby najbardziej potrzebne, najbardziej oczekiwane?

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

5. W jakich godzinach/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie potrzebne?

V. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory osoba, którą Pan(i) wspiera korzystał(a) z innych form wsparcia? **Tak / Nie**

2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

dopytać jaka instytucja: np. MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. jeśli wymienione zostaną form wsparcia dopytać: z których form pomocy jest zadowolony/niezadowolony, czy w dalszym ciągu z nich korzysta lub dlaczego nie korzysta?

.....
.....

VI. O PROJEKCIE:

1. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o projekcie?.....

2. Proszę opisać w kilku słowach, jak rozumie Pan(i) rolę i zadania Asystenta ON?

jaki jest/jaki powinien być Pani/Pana zdaniem zakres obowiązków asystenta, czym powinien się AON zajmować, czym nie powinien się zajmować/czego nie powinien robić?

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

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

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Projekt „CENTRUM ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ (CAS) – model wsparcia zadań OPS/PCPR
w aktywizacji społecznej i zawodowej ON”

Data:

.....

Podpis:

.....

Data:

.....

Sporządził(a):

.....

Miejsce na dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego