

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

Załącznik nr 2

Arkusz diagnostyczny dla osoby niepełnosprawnej

1. Imię i nazwisko:
2. Adres:
3. Telefon kontaktowy:
4. Data urodzenia:
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Status na rynku pracy:
8. Grupa/stopień niepełnosprawności:

9. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

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

- 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 porusza się Pan(i):

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 Pan(i) mieszka?

2. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

.....

.....

.....

3. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

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”

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

II. SPĘDZANIE CZASU:

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

2. Jakie ma Pan(i) zainteresowania, umiejętności, co Pan(i) lubi robić?

3. Gdyby miał(a) Pan(i) jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan(i) spędził(a)?

III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA:

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 mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

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

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”

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....

IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) 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?

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

V. 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).

Data:

Podpis:

.....

.....

Data:

Sporządził(a):

.....

.....

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”

Miejsce na dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego