

Karta oceny indywidualnej sytuacji kandydata

Ubiegającego się o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystencja osobista – niezależność” dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a realizowanego przez Stowarzyszenie Centrum Usług Dostępnych

I. DANE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Imię i Nazwisko _____

Telefon kontaktowy _____

Adres zamieszkania _____

Stopień i symbol orzeczonej niepełnosprawności _____

II. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI ZOSTAŁ USTANOWIONY);

Imię i Nazwisko _____

Telefon kontaktowy _____

III. ŚRODOWISKO

1. Jestem osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie korzysta ze wsparcia innych osób.

Tak

Nie

2. Jestem osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością (ze stopniem umiarkowanym, znacznym lub równoważnym)

Tak

Nie

IV. POZIOM SAMODZIELNOCI W CODZIENNYM ŻYCIU

Zaznacz odpowiedź, która najlepiej opisuje Twoją sytuację

1. Czynności samoobsługowe i prowadzenie gospodarstwa domowego

a) Przygotowywanie i spożywanie posiłków

Samodzielnie

Czasami potrzebuję pomocy

Zawsze potrzebuję pomocy

b) Utrzymanie higieny osobistej

Samodzielnie

Czasami potrzebuję pomocy

Zawsze potrzebuję pomocy

c) Sprzątanie, pranie, utrzymanie sprawności sprzętu wspomagającego itp.

Samodzielnie

Czasami potrzebuję pomocy

Zawsze potrzebuję pomocy

d) Robienie zakupów, opłat itp.

Samodzielnie

Czasami potrzebuję pomocy

Zawsze potrzebuję pomocy

2. Przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania oraz podejmowanie aktywności życiowej i społecznej:

a) Spacery, pokonywanie barier architektonicznych, orientacja w przestrzeni, transport środkami komunikacji itp.

Samodzielnie

Czasami potrzebuję pomocy

Zawsze potrzebuję pomocy

b) Obsługa sprzętów do komunikacji, udział w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych itp., załatwianie spraw urzędowych, wizyty u lekarza, podejmowaniu codziennych decyzji itp.

Samodzielnie

Czasami potrzebuję pomocy

Zawsze potrzebuję pomocy

V. WSPARCIE, JAKIM DYSPONUJĘ OBECNIE I W POPRZEDNICH LATACH

1. Pomoc bliższej lub dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów, wolontariuszy itp.

Nigdy

Czasami

Często

2. Osoba, z którą zamieszkuje, także się mną opiekuje.

Tak

Nie

3. Korzystam obecnie z usług asystenckich, usług opiekuńczych lub specjalistycznych opiekuńczych (GOPS, MOPS, inne fundacje/stowarzyszenia, prywatnie), uczęszczam do placówki wsparcia dziennego (Warsztat Terapii Zajęciowej, Środowiskowy Dom Samopomocy, Dzienny dom pomocy itp.)

Tak

Nie

Jeśli TAK, czy ta pomoc jest „wystarczająca”

Tak

Nie

4. Korzystałam/em ze wsparcia w Stowarzyszeniu Centrum Usług Dostępnych (Wcześniej Skorpion Polkowice) w jednym roku w ostatnich 2 latach (2024-2025)

Tak

Nie

VI. WSPARCIE, KTÓREGO BRAKUJE MI NA CO DZIEŃ

Poruszanie się poza domem (np. spacer, zakupy, urzędy itp.)

Pomoc w komunikacji (czytanie, pisanie, rozmowa)

Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej

Udział w wydarzeniach społecznych, rozrywkowych, kulturalnych itp.

Pomoc w nauce, pracy lub szkoleniu

Pomoc w organizacji dnia

Inne, jakie _____

(podpis Uczestnika / opiekuna prawnego)