

Karta oceny indywidualnej sytuacji kandydata

Ubiegającego się o przyznanie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystencja osobista szansą na niezależne życie osób z niepełnosprawnościami 3.0” 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 _____