



## 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/stożek niepełnosprawności: .....
9. Jaki rodzaj niepełnosprawności Pan(i) posiada:

Kody						
------	--	--	--	--	--	--

- 1) Dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, dziecięce porażenie mózgowie, 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 ww. niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

11. Czy porusza się Pan(i):

<b>W domu</b>	Samodzielnie	Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	Nie poruszam się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
<b>Poza domem</b>	Samodzielnie	Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	Nie poruszam 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?

.....

.....

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 Pani(a) 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 Pani(a) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: ..... 2. Wiek: .....

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:.....

.....

4. W jakich czynnościach mógłby pomóc Pani(u) asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje? .....

.....

.....

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

.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Pani(u) 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:

.....

.....

**Miejsce na dodatkowe uwagi:**

.....

.....

.....