Załącznik nr 2

PPW-K

Wzór

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY TRUDNOŚCI W ZAKRESIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM

I. Instrukcja wypełniania.

Przed przystąpieniem do wypełniania Kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem (zwanego dalej „Kwestionariuszem samooceny") należy wpisać WIELKIMI LITERAMI dane osoby dokonującej samooceny: imię, drugie imię nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu tożsamości (w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL). Wypełniając Kwestionariusz samooceny należy ustosunkować się do wszystkich ponumerowanych pozycji oraz dla każdej z nich zaznaczyć znakiem X tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź.

II. Informacja o niemożności wypełnienia kwestionariusza samooceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

Czy z przyczyn związanych ze stanem zdrowia nie jest możliwe sporządzenie oceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia? (1)

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, podaj przyczyny powodujące niemożność sporządzenia samooceny:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

(1) Niemożność sporządzenia kwestionariusza samooceny dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrozumieć treści w nim zamieszczonych lub udzielić samodzielnie odpowiedzi. Dotyczy to, w szczególności osób z: zaburzeniami świadomości (będących w śpiączce lub stanie wegetatywnym), niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami należącymi do spektrum autyzmu, zaburzeniami neuropoznawczymi albo zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii lub innymi zaburzeniami psychotycznymi.

III. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia:

Imię: ……

Drugie imię: ……

Nazwisko: ……

Numer PESEL: ……

Seria i numer dokumentu tożsamości (2): ……

(2) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

IV. Proszę zaznaczyć, jak ocenia Pani/Pan swoje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, wynikające z niepełnosprawności:

- ☐ bardzo źle – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczania w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ źle – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ średnio – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić
- ☐ dobrze – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego zasadniczo nie wymaga wsparcia innych osób

V. Czy w codziennym funkcjonowaniu korzysta Pani/Pan z technologii wspomagających?

- ☐ tak
- ☐ nie

jeśli tak, podaj z jakich:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

VI. Wymień główne dolegliwości, które utrudniają Pani/Panu codzienne funkcjonowanie. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan jak często one występują:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

VII. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Poruszanie się”:

VII.1. Zmiana pozycji ciała w łóżku

- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*

  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*

  ……
  ……
  ……
- ☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.2. Siadanie i utrzymanie stabilnej pozycji siedzącej

- ☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
- ☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.3. Stanie i utrzymanie stabilnej pozycji stojącej

- ☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
- ☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.4. Chodzenie po powierzchniach płaskich w obrębie mieszkania lub domu oraz bezpośrednim jego otoczeniu

- ☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
- ☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.5 Wchodzenie na schody i schodzenie z nich

- ☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.6. Poruszanie się poza domem oraz jego bezpośrednim otoczeniem

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.7. Przemieszczanie się środkami transportu i umiejętność korzystania ze środków transportu publicznego w miejscu zamieszkania i poza nim

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.8. Podnoszenie, chwytanie i manipulowanie przedmiotami użytkowymi

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VIII. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Dbanie o siebie i własne zdrowie”:

VIII.1. Utrzymywanie higieny (mycie i osuszanie ciała, mycie zębów, czesanie się, golenie)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.2. Ubieranie się

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.3. Załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.4. Jedzenie i picie

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.5. Troska o własne zdrowie (3)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(3) np.: świadomość potrzeb zdrowotnych wynikających ze stanu zdrowia, stosowanie się do zaleceń lekarza w zakresie: przyjmowania leków z zastosowaniem prawidłowej dawki podawania leku, stosowania diety, przestrzeganie harmonogramu wizyt lekarskich i zleconych badań diagnostycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych, poszukiwanie pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, unikanie czynników szkodliwych oraz zagrożeń dla zdrowia i życia

IX. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Aktywność w gospodarstwie domowym”:

IX.1. Dokonywanie zakupów

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

IX.2. Przygotowywanie posiłków

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

IX.3. Wykonywanie prac domowych (4)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(4) np.: sprzątanie powierzchni mieszkalnej, pranie, prasowanie, czyszczenie i naprawianie garderoby oraz obuwia, usuwanie śmieci, korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego.

X. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Porozumiewanie się”:

X.1. Porozumiewanie się za pomocą języka mówionego (mówienie i rozumienie mowy)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

X.2. Porozumiewanie się za pomocą języka pisanego (pisanie i czytanie)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

☐ **X.2.1. Porozumiewanie się za pomocą języka migowego**

☐ tak

☐ nie

☐ **X.2.2. Porozumiewanie się za pomocą metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)**

☐ tak

☐ nie

jeśli tak, podaj z jakich:
……
……
……

X.3. Prowadzenie rozmowy i przekazywanie informacji za pomocą języka mówionego, języka pisanego, języka migowego lub metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (5)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(5) np.: logiczne i zwięzłe przekazywanie informacji innym osobom, w tym dotyczących własnych potrzeb, dolegliwości i emocji; rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie rozmowy w kontaktach z osobami znajomymi i obcymi, w tym również przy załatwianiu spraw urzędowych, w trakcie której, wymieniane są informacje, poglądy i myśli.

XI. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie w społeczeństwie”:

XI.1. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów (6)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność

(6) np.: inicjowanie kontaktu z osobami znanymi i obcymi, zdolność rozumienia zachowań, wypowiedzi i oczekiwań innych osób i umiejętność ich zaspokajania, zawieranie przyjaźni i jej utrzymanie, tworzenie bliskich kontaktów uczuciowych, w tym zdolność do założenia rodziny i dbania o jej dobro.

XI.2. Załatwianie spraw urzędowych (7)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(7) np.: załatwianie spraw dotyczących własnej osoby i osób bliskich w różnych urzędach i instytucjach, w tym spraw związanych ze stanem zdrowia, pisanie pism urzędowych, składanie wniosków za pośrednictwem poczty lub Internetu.

XI.3. Organizowanie i spędzanie wolnego czasu (8)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
☐ pełna zdolność

(8) np.: branie udziału w wydarzeniach kulturalnych, religijnych i sportowych, posiadanie hobby, oglądanie programów telewizyjnych, granie w różne gry, czytanie książek, zwiedzanie, uczestniczenie w turnusach rehabilitacyjnych.

XII. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie poznawcze i psychiczne”:

XII.1. Zdolność do zapamiętywania nowych informacji i zdarzeń oraz pamiętanie informacji nabytych

☐ całkowity brak zdolności
☐ zdolność ograniczona (*opisz na czym te ograniczenia polegają)*
……
……
……
☐ pełna zdolność

XII.2. Zdolność do skupiania uwagi (9)

☐ całkowity brak zdolności
☐ zdolność ograniczona (*opisz na czym te ograniczenia polegają)*
……
……
……
☐ pełna zdolność

(9) np. na wykonywanej czynności, informacji przekazywanej przez inną osobę, oglądanym filmie, czytanej książce.

XII.3. Zdolność do myślenia i rozwiązywania problemów (10)

☐ całkowity brak zdolności
☐ zdolność ograniczona (*opisz na czym te ograniczenia polegają)*
……
……
……
☐ pełna zdolność

(10) np.: umiejętność liczenia, rozpoznawanie nominałów banknotów, rozumienie pojęcia czasu i liczby, znajomość wskazań zegara, planowanie rozkładu dnia, wydatków, ustalanie priorytetów oraz strategii działania oraz monitorowanie ich wykonania.

XII.4. Opanowanie nowej umiejętności (11)

☐ całkowity brak zdolności do opanowania nowej umiejętności lub zachowania
☐ zdolność ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – mogę opanować samodzielne wykonywanie nowej czynności lub zachowania

(11) np.: opanowanie nowej, nie posiadanej wcześniej umiejętności lub zachowania niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, w tym umiejętność samodzielnego wykonania czynności lub przy wsparciu innej osoby, wdrożenie nowego zachowania do repertuaru codziennych zachowań.

XII.5. Kontrola emocji i zachowania (12)

☐ całkowity brak zdolności do kontrolowania emocji i zachowania
☐ zdolność ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
……
……
……
☐ zdolność częściowo ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – posiadam pełna kontrolę nad emocjami i zachowaniem

(12) brak kontroli nad emocjami: wybuchanie gniewem, krzykiem, głośnym płaczem w sposób nieakceptowany społecznie, występowanie zachowań agresywnych skierowanych na inne osoby, np. popychanie, szturchanie, bicie, lub skierowanych na siebie np. w formie samookaleczenia.

XIII. Proszę podać jak ocenia Pani/Pan zdolność odbioru bodźców za pomocą narządu wzroku i słuchu

XIII.1. Odbiór bodźców wzrokowych (13)

- ☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
- ☐ pełna zdolność – brak zaburzeń narządu wzroku

(13) zdolność widzenia za pomocą narządu wzroku.

XIII.2. Odbiór bodźców słuchowych (14)

- ☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologie wspomagające (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeśli tak, podaj jaką)*
  ……
  ……
  ……
- ☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby)
- ☐ pełna zdolność – brak zaburzeń narządu słuchu

(14) zdolność słyszenia za pomocą narządu słuchu.

XIV. Proszę podać inne informacje na temat swojego funkcjonowania, które Pani/Pan uważa za istotne:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

XV. Proszę określić czy Pani/Pan ma trudności z dotarciem do siedziby wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

☐ tak
☐ nie

jeśli tak, podaj jakie:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

XVI. Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym kwestionariuszu samooceny są prawdziwe.

Miejscowość: ……..

Data (*dd / mm / rrrr*): ……..

Podpis wnioskodawcy: ……..