Informacja o funkcjonowaniu społecznym dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności

Nr sprawy PZON.8321.1.

1. **Dane osobowe:**
	1. imię i nazwisko
	2. nr i seria dokumentu tożsamości: □ dowód osobisty, □ legitymacja szkolna □ paszport

 □ inny

* 1. numer PESEL......................................................, data urodzenia
	2. adres zamieszkania/pobytu
	3. wykształcenie ............................................................... staż pracy
	4. aktywność zawodowa:\* □ pracujący, □ bezrobotny (zarejestrowany w PUP: TAK/NIE2), □ uczeń/student, □ emeryt/rencista, □ bierny zawodowo
	5. źródła dochodu:\* □ wynagrodzenie, □ brak, □ na utrzymaniu rodziny, □ pomoc społeczna,

□ zasiłek dla bezrobotnych, □ emerytura/renta, □ inne

**II. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa:**

1. stan cywilny:\* □ kawaler/panna, □ żonaty/mężatka, □ wdowiec/wdowa, □ rozwiedziony/rozwiedziona, □ inne

2. sytuacja rodzinna:\* □ samotny, □ posiada rodzinę/osoby bliskie

3. możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny:\* □ brak możliwości, □ możliwe wsparcie (kogo):

4. warunki mieszkaniowe: □ mieszkanie, □ dom jednorodzinny ( piętro ................., ilość pokojów .............., ciepła woda: *jest dostępna/ brak*, centralne ogrzewanie : *jest /brak*, Łazienka*: jest/ brak,* toaleta*: jest/ brak*, liczba osób zamieszkujących wspólnie: .........................................

5. potrzeby dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń:\* □ nie wymaga, □ wymaga (jakie?)..................................................................................

**III. 1. Funkcjonowanie na poziomie aktywności indywidualnej:**

**1) zdolność w zakresie samoobsługi:**

a) utrzymanie higieny osobistej m.in.:

- poranna toaleta , mycie się kąpiel całego ciała (w wannie/prysznic), mycie przy umywalce, mycie włosów, czesanie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie moczu/stolca, obcinanie paznokci;

 □ samodzielna, □ z pomocą, □ opieka

Ograniczenia: ............................................................................................................

b) ubieranie i rozbieranie się: m.in.: przygotowanie ubrań, nałożenie ubrań, zdjęcie ubrań, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów;

 □ samodzielna, □ z pomocą, □ opieka

Ograniczenia:

c) spożywanie posiłków: m.in.: przygotowanie poszczególnych posiłków, posługiwanie się sztućcami, sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust;

□ samodzielna, □ z pomocą, □ opieka

ograniczenia (jakie?)

d) inne czynności samoobsługi: w tym:

- zmiana pozycji ciała □ samodzielna, □ z pomocą, □ opieka

- wchodzenie i schodzenie po schodach □ samodzielna, □ z pomocą, □ niezdolna

Ograniczenia:

1. **zdolność w zakresie poruszania się:**
2. zdolność do przemieszczania się:[[1]](#footnote-1)\* □ samodzielna, □ z pomocą, □ niezdolna,

ograniczenia: □ osoba na wózku

 □ poruszającą się z pomocą balkonika i/lub kul łokciowych

 □ osoba leżąca

1. zdolność do korzystania z publicznych środków transportu

□ samodzielna, □ z pomocą, □ niezdolna,

 ograniczenia (jakie?) .......................................................................................................

1. **zdolność w zakresie komunikowania się:**
2. zdolność do słyszenia:\* □ pełna, □ ograniczenia (jakie?)

1. zdolność do widzenia:\* □ pełna, □ ograniczenia (jakie?)
2. zdolność do artykulacji i rozumienia mowy:\* □ pełna, □ ograniczenia (jakie?)

1. kontakt słowny:\* □ pełny, □ ograniczony, □ bez kontaktu

**zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego** m.in.: sprzątanie, robienie gruntownych porządków, pranie, prasowanie, gotowanie, zmywanie, robienie zakupów, planowanie budżetu

 **:** □ samodzielna, □ z pomocą, □ opieka

Ograniczenia .................

**............................................................................................**

Podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

1. Właściwe zaznaczyć krzyżykiem [↑](#footnote-ref-1)