

Nr sprawy PZON.8321.1.

**I. Dane osobowe:**

1. imię i nazwisko .....
2. nr i seria dokumentu tożsamości:  dowód osobisty,  legitymacja szkolna  paszport .....  
 inny .....
3. numer PESEL....., data urodzenia.....
4. adres zamieszkania/pobytu .....
5. wykształcenie ..... staż pracy .....
6. aktywność zawodowa:\*  pracujący,  bezrobotny (zarejestrowany w PUP: TAK/NIE<sup>2</sup>),  
 uczeń/student,  emeryt/rencista,  bierny zawodowo
7. 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 pokoi .....,  
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 sztucami, 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: .....

## 2) zdolność w zakresie poruszania się:

a) zdolność do przemieszczania się:<sup>1\*</sup>  samodzielna,  z pomocą,  niezdolna,

ograniczenia:  osoba na wózku

poruszającą się z pomocą balkonika i/lub kul łokciowych

osoba leżąca

b) zdolność do korzystania z publicznych środków transportu

samodzielna,  z pomocą,  niezdolna,

ograniczenia (jakie?) .....

## 3) zdolność w zakresie komunikowania się:

a) zdolność do słyszenia:\*  pełna,  ograniczenia (jakie?) .....

.....

b) zdolność do widzenia:\*  pełna,  ograniczenia (jakie?) .....

c) zdolność do artykulacji i rozumienia mowy:\*  pełna,  ograniczenia (jakie?).....

.....

d) kontakt słowny:\*  pełny,  ograniczony,  bez kontaktu

4) **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