

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie piśmem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami

....., dnia __ - __ - __ r.

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ				
1.1	Nazwisko	1.2	Imię	
1.3	Adres miejsca zameldowania			
	Miejscowość	Ulica	Nr domu i lokalu	
2. SYTUACJA RODZINNA				
2.1	Stan cywilny:			
2.2	Sytuacja rodzinna			
	Liczba dzieci i ich wiek	Osoby wspólnie zamieszkujące		
	Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (należy opisać stan obecny i możliwości sprawowania opieki nad osobą zainteresowaną wydaniem orzeczenia)			
	Możliwość zapewnienia pomocy przez osoby niespokrewnione			
3. SYTUACJA MATERIALNA				
3.1	Źródło utrzymania osoby badanej: <input type="checkbox"/> renta, emerytura i in. <input type="checkbox"/> wynagrodzenie za pracę <input type="checkbox"/> zasiłek <input type="checkbox"/>			
	Czy dochody wystarczają na zaspokojenie potrzeb podstawowych (utrzymanie mieszkania, wyżywienie, koszty leczenia, ubranie i inne)			
	Proszę wskazać ewentualne braki w tym zakresie			
4. SYTUACJA MIESZKANIOWA				
4.1	Warunki mieszkaniowe			
	<input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> mieszkanie <input type="checkbox"/> wynajęty pokój <input type="checkbox"/> pobyt w instytucjach zapewniających nocleg <input type="checkbox"/> inne.....			
	Liczba osób wspólnie zamieszkujących:	Posiadanie oddzielnego pokoju <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
4.2	Stan techniczny mieszkania			
	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> wymaga napraw <input type="checkbox"/> wymaga remontu <input type="checkbox"/> nie nadaje się do dalszego zamieszkiwania			
4.3	Dostosowanie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności			
	Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu osoby orzekanej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
	Udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania			
	<input type="checkbox"/> winda <input type="checkbox"/> podjazdy <input type="checkbox"/> schodolaz <input type="checkbox"/> uchwyty, poręcze <input type="checkbox"/> kabina prysznicowa <input type="checkbox"/> krzeselko prysznicowe <input type="checkbox"/> dostosowane sanitariaty <input type="checkbox"/> wanna z podnośnikiem <input type="checkbox"/> poszerzone drzwi <input type="checkbox"/> zlikwidowane progi <input type="checkbox"/> urządzenia z sygnalizacją dźwiękową <input type="checkbox"/> sygnalizacja świetlna <input type="checkbox"/> pralka <input type="checkbox"/> zmywarka <input type="checkbox"/> telefax <input type="checkbox"/> telefon komórkowy <input type="checkbox"/> komputer <input type="checkbox"/> dostęp do internetu <input type="checkbox"/> inne			
	Warunki utrudniające samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania:			
5. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOBSŁUGI				
5.1	Utrzymywanie ciała w czystości	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	mycie przy umywalce lub miednicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	branie prysznica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mycie włosów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	czesanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	toaleta jamy ustnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	obcinanie paznokci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	golenie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Załatwianie potrzeb fizjologicznych	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	kontrola / brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dojście do toalety i powrót	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Ubieranie się i rozbieranie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy) z uwzględnieniem warunków pogodowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nałożenie ubrania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zapięcie guzików	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zapięcie zamków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zakładanie i sznurowanie butów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zdjęcie ubrania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4	Odżywianie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	sięganie po jedzenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wkładanie pokarmu do ust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	posługiwanie się sztućcami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	spożywanie płynów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	przyjmowanie leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ZDOLNOŚĆ DO PORUSZANIA SIĘ				
6.1	Sposób poruszania się <input type="checkbox"/> samodzielnie bez oprzyrządowania <input type="checkbox"/> samodzielnie po zaprotezowaniu <input type="checkbox"/> z laską <input type="checkbox"/> przy pomocy jednej kuli <input type="checkbox"/> przy pomocy dwóch kul <input type="checkbox"/> z balkonikiem <input type="checkbox"/> na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> z przewodnikiem <input type="checkbox"/> brak możliwości			
6.2	Określenie samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	wstawanie z łóżka i powrót do niego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	siadanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chodzenie w obrębie mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	opuszczanie mieszkania i powrót do niego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	korzystanie ze środków lokomocji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ŻYCIE DOMOWE				
7.1	Określenie samodzielności i zależności od innych w życiu domowym	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	sprzątanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zmienianie pościeli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ogrzewanie mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pranie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	prasowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gotowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zmywanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	reperacja garderoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	robienie gruntownych porządków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	pozyskiwanie towarów i usług	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	planowanie budżetu domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opieka nad innymi członkami rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. KOMUNIKOWANIE SIĘ Z OTOCZENIEM				
8.1	Zdolność do samodzielnego komunikowania się	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	zrozumienie języka otoczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	umiejętność komunikacji nie werbalnej (mimika, gesty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	umiejętność komunikacji ustnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	umiejętność komunikacji pisemnej: pisanie i czytanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. UCZESTNICTWO W ŻYCIU SPOŁECZNYM POPRZEZ PEŁNIENIE RÓL SPOŁECZNYCH				
9.1	Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych	istnieje	ograniczona	brak umiejętności
	umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z członkami rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z innymi osobami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zdolność do rozumienia norm i reguł życia społecznego oraz ich stosowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zdolność do pracy zarobkowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	edukacja na wyższym poziomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Czytelny podpis osoby wnioskującej (lub jej przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)