

OCENA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO
dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności

Nr sprawy: PZ.8421.....

I. Dane osobowe

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres miejsca zameldowania/pobytu
4. PESEL
5. Rodzaj dokumentu tożsamości¹.....
6. Seria i nr dokumentu tożsamości
7. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego²
8. PESEL rodzica/opiekuna prawnego
9. Rodzaj dokumentu tożsamości rodzica/opiekuna prawnego¹
10. Seria i nr dokumentu tożsamości rodzica/opiekuna prawnego
11. Adres miejsca zameldowania/pobytu rodzica/opiekuna prawnego

II. Podstawowe problemy zdrowotne

.....
.....

III. Wykształcenie i kariera zawodowa

1. poziom wykształcenia².....
2. uzyskany zawód i posiadane kwalifikacje
3. dotychczasowe zatrudnienie i staż pracy
4. aktualnie wykonywana praca³

IV. Sytuacja Rodzinna i Mieszkaniowa.....

V. Charakterystyka środowiska lokalnego w zakresie możliwości uzyskania wsparcia ze strony sąsiadów, przyjaciół, instytucji/organizacji/stowarzyszeń⁴

.....
.....

VI. 1. Informacje od osoby orzekanej o jej funkcjonowaniu na poziomie aktywności indywidualnej:

¹ dokument zawierający: w przypadku osób do 18 roku życia co najmniej imię i nazwisko wraz z aktualnym zdjęciem; w przypadku osób powyżej 18 roku życia co najmniej imię i nazwisko, PESEL oraz aktualne zdjęcie ² należy wypełnić w przypadku, gdy osoba orzekana nie ukończyła 18 lat albo jest ubezwłasnowolniona

² mniej niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, średnie, wyższe (posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej)

³ w przypadku gdy osoba nie pracuje należy wskazać jak długo i jaka jest tego przyczyna

⁴ wskazując na możliwości środowiska lokalnego w tym zakresie należy również wskazać na to czy osoba korzysta ze wsparcia (rodzaj wsparcia)

1) zdolność w zakresie samoobsługi

a) utrzymanie higieny osobistej⁵ ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?)

.....

b) ubieranie i rozbieranie się⁶ ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?)

.....

c) spożywanie posiłków⁹ ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?)

.....

d) inne czynności z zakresu samoobsługi⁷

.....

2) zdolność w zakresie poruszania się:

a) zdolność do przemieszczania się⁸ ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?)

.....

b) zdolność do korzystania z publicznych środków transportu ☐ zdolna, ☐ 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, ☐ bez kontaktu, ☐ ograniczony (przyczyna/zakres)

.....

4) zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego⁹ ☐ pełna, ☐ ograniczenia (jakie?)

.....

.....

2. Informacje od osoby orzekanej o jej uczestnictwie w życiu społecznym ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?)

.....

.....

VII. Informacje uzupełniające do oceny zakresu funkcjonowania osoby orzekanej uzyskane w toku bezpośredniej obserwacji oraz na posiedzeniu składu orzekającego

.....

.....

⁵ 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

⁶ m.in.: przygotowanie ubrań, nałożenie ubrań, zdjęcie ubrań, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów ⁹ m.in.: przygotowanie poszczególnych posiłków, posługiwanie się sztućcami, sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust;

⁷ np.: przyjmowanie leków, stosowanie zmodyfikowanej diety

⁸ w tym: zmiana pozycji ciała, przemieszczanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, osoba na wózku/poruszającą się z pomocą balkonika i/lub kul łokciowych itp.

⁹ m.in.: sprzątanie, robienie gruntownych porządków, pranie, prasowanie, gotowanie, zmywanie, robienie zakupów, planowanie budżetu domowego, dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe

VIII. Rodzaj i zakres niezbędnej opieki¹⁰

1) aktywność indywidualna

.....

.....

2) aktywność społeczna

.....

.....

IX. Rodzaj i zakres niezbędnej pomocy¹¹

1) aktywność indywidualna

.....

.....

2) aktywność społeczna

.....

.....

X. Inne trudności w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować (rodzaj ograniczeń i kompensacji)

.....

.....

XI. Zdolność osoby orzekanej do zatrudnienia ☐ nie dotyczy, ☐ pełna, ☐ ograniczenia¹²

.....

XII. Potrzeba korzystania ze wsparcia ☐ NIE, ☐ TAK (wskazać formy, zakres)

.....

XIII. Proponowane rozstrzygnięcie

☐ **brak stopnia niepełnosprawności**

☐ **lekki stopień niepełnosprawności:**

- osoba o istotnie obniżonej zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną
- osoba posiadające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne

☐ **umiarkowany stopień niepełnosprawności:**

- osoba niezdolna do pracy
- osoba zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej
- osoba wymagająca czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych

¹⁰ całkowita zależność osoby od otoczenia, polegająca na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ułatwiania kontaktów ze środowiskiem

¹¹ zależność osoby od otoczenia, polegająca na udzieleniu wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, współdziałaniu w procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji oraz pełnieniu ról społecznych właściwych dla każdego człowieka, zależnych od wieku, płci, czynników społecznych i kulturowych

¹² należy wymienić występujące ograniczenia

☐ **znaczny stopień niepełnosprawności:**

- osoba niezdolna do pracy i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji
- osoba zdolna do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagająca, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

XIV. Wskazania dotyczące

odpowiedniego zatrudnienia (jakiego)

.....
.....

szkolenia, w tym specjalistycznego (jakiego)

.....

zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej

- ☐ wymaga
☐ nie wymaga
☐ nie dotyczy

uczestnictwa w terapii zajęciowej

- ☐ wymaga
☐ nie wymaga
☐ nie dotyczy

korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

- ☐ wymaga
☐ nie wymaga
☐ nie dotyczy

konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji

- ☐ wymaga
☐ nie wymaga
☐ nie dotyczy

prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

- ☐ wymaga
☐ nie wymaga
☐ nie dotyczy

XV. Uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(imienna pieczętka i podpis pracownika socjalnego)