

Kwestionariusz pomocniczy dotyczący sytuacji społecznej i zawodowej wnioskodawcy dołączony do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

1. Poniższy kwestionariusz ma na celu zebranie niezbędnych informacji z uwagi na odstępianie od bezpośredniego badania osoby orzekanej wynikające ze stanu epidemii (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027 z późn. zm.).
2. **Wypełnienie kwestionariusza jest dobrowolne**, jednakże im więcej odpowiedzi zostanie udzielonych, tym bardziej adekwatna będzie ocena specjalisty w składzie orzekającym.
3. Informacje uzyskane z kwestionariusza będą przetwarzane wyłącznie przez skład orzekający w ramach postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Wypełniony kwestionariusz zostanie dołączony do akt sprawy wnioskodawcy.
4. Kwestionariusz wypełniamy stawiając znak **X** w odpowiednim polu (w pytaniu *może być właściwe więcej niż jedno pole*, np. *źródło utrzymania to wynagrodzenie i renta*) lub wpisując odpowiedź we wskazanym miejscu.
5. Proszę uzupełnić ostatnią stronę kwestionariusza, jeśli:
 - a) chcą Państwo dopisać dodatkowe informacje, których nie dotyczyły poniższe pytania,
 - b) chcą Państwo uzupełnić odpowiedzi na poniższe pytania, a zabrakło miejsca w wyznaczonym polu,
 - c) chcą Państwo opisać swoją sytuację społeczną i zawodową zamiast wypełnienia kwestionariusza.

Imię	Nazwisko	Kwestionariusz został wypełniony	<input type="checkbox"/> samodzielnie
			<input type="checkbox"/> z pomocą innej osoby

[TABELA 1] SYTUACJA RODZINNA								
wspólne zamieszkiwanie	stopień pokrewieństwa							
	dziadek	babcia	ojciec	matka	brat / siostra	syn / córka (jeśli tak, proszę podać wiek dziecka / dzieci)	wnuk / wnuczka	inne (kto?)
Z kim Pan/Pani zamieszkuje?							

[TABELA 2] SYTUACJA MIESZKANIOWA				
Czy jest w domu?	łazienka	toaleta	kuchnia	inne pokoje (ile?)
tak, dostosowane do ograniczeń			
tak, ale niedostosowane			
nie				

[TABELA 3] Rodzaj domu	blok	kamienica	dom jednorodzinny	inny rodzaj zamieszkania (jaki?)
przy wybranej odpowiedzi, proszę wpisać, na którym piętrze jest mieszkanie			

[TABELA 4] Charakterystyka domu	winda	bieżąca woda	ogrzewanie wymagające uzupełnienia opału (np. węgiel, pellet, drewno)	ogrzewanie niewymagające uzupełnienia opału (np. elektryczne / gazowe / CO)
Co jest w domu?				

[TABELA 5] SYTUACJA MATERIALNA								
rodzaj źródła utrzymania	wynagrodzenie za pracę	renta	emerytura	pomoc społeczna	zasiłek dla bezrobotnych	na utrzymaniu rodziny	inne (jakie?)	brak
							

[TABELA 6] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (1)				
czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego	całkowicie samodzielnie	częściowo samodzielnie	niesamodzielnie	nie dotyczy
sprzątanie domu				
robienie gruntownych porządków domowych				
pranie				
prasowanie				
gotowanie				
zmywanie naczyń				
robienie zakupów				
zarządzanie pieniędzmi				
inne (jakie?				

[TABELA 7] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (2)				
czynności w zakresie samoobsługi		całkowicie samodzielnie	częściowo samodzielnie	niesamodzielnie
utrzymanie higieny osobistej	mycie całego ciała (<input type="checkbox"/> wanna / <input type="checkbox"/> prysznic)			
	mycie przy umywalce			
	mycie głowy / włosów			
	czesanie się			
	korzystanie z toalety (czynności fizjologiczne)			
	mycie zębów (protezy zębowej)			
	golenie			
	obcinanie paznokci u rąk i nóg			
ubieranie i rozbieranie się	przygotowanie ubrań			
	nałożenie ubrań			
	zdejście ubrań			
	zapięcie guzików			
	zakładanie i sznurowanie butów			
spożywanie posiłków	przygotowanie poszczególnych posiłków			
	posługiwanie się sztućcami			
	sięganie po jedzenie			
	wkładanie jedzenia do ust			
inne czynności	przyjmowanie leków			
	stosowanie zmodyfikowanej diety			

[TABELA 8] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (3)						
czynności w zakresie poruszania się		całkowicie samodzielnie	częściowo samodzielnie (przy asekuracji / w towarzystwie innej osoby)	częściowo samodzielnie (z pomocą kul, laski, balkonika, wózka inwalidzkiego)	niesamodzielnie (stałe korzystanie z wózka inwalidzkiego)	niesamodzielnie (jestem osobą leżącą)
zdolność do przemieszczania się	zmiana pozycji ciała					
	przemieszczanie się po powierzchniach płaskich					
	wchodzenie i schodzenie po schodach					
	poruszanie się po domu					
	wychodzenie z domu					
zdolność do korzystania z publicznych środków transportu (autobus, tramwaj, PKP, PKS)						

[TABELA 9] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI INDYWIDUALNEJ (4)			
zdolność w zakresie komunikowanie się	pełna	ograniczona	
zdolność do słyszenia (Czy została stwierdzona choroba narządu słuchu? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie)		<input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby	<input type="checkbox"/> korzystam z aparatu słuchowego
			<input type="checkbox"/> korzystam z innego sprzętu (jaki?)
zdolność do widzenia (Czy została stwierdzona choroba narządu wzroku? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie)		<input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby	<input type="checkbox"/> korzystam z okularów / soczewek
			<input type="checkbox"/> znam język Braille'a
			<input type="checkbox"/> korzystam z innego sprzętu (jaki?)
zdolność do artykulacji i rozumienia mowy (kontakt słowny) (Czy została stwierdzona choroba narządu mowy? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie)		<input type="checkbox"/> brak kontaktu słownego	<input type="checkbox"/> znam język migowy
		<input type="checkbox"/> potrzebuję wsparcia innej osoby	<input type="checkbox"/> korzystam ze środków pomocniczych (jaki?)

[TABELA 10] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ (1)

wsparcie w środowisku lokalnym	rodzaj wsparcia				
	finansowe	żywnościowe	rzeczowe	usługowe	inne
od rodziny zamieszkałej wspólnie					
od rodziny zamieszkałej oddzielnie					
od sąsiadów					
od przyjaciół, znajomych					
od instytucji (np. ośrodek pomocy społecznej, PCPR)					
od organizacji społecznych (np. stowarzyszeń, fundacji)					

[TABELA 11] CHARAKTERYSTYKA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ (2)

formy aktywności społecznej	całkowicie samodzielnie	częściowo samodzielnie	niesamodzielnie	nie dotyczy
spotkania ze znajomymi, przyjaciółmi				
uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych				
działania rekreacyjne (np. ogródek działkowy, jazda rowerem)				
załatwianie spraw urzędowych i wizyty u lekarza				
inne (jakie?				

[TABELA 12] SYTUACJA ZAWODOWA

KARIERA ZAWODOWA								
aktywność zawodowa	<input type="checkbox"/> pracuję (np. umowa o pracę)		<input type="checkbox"/> renta		<input type="checkbox"/> emerytura		<input type="checkbox"/> uczeń	
	<input type="checkbox"/> nie pracuję (bez rejestracji w PUP)		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP		<input type="checkbox"/> praca na gospodarstwie rolnym		<input type="checkbox"/> inna (jaka?)	
staż pracy	<input type="checkbox"/> brak stażu pracy		<input type="checkbox"/> (całościowo w latach)		uwagi do stażu pracy?			
dotychczasowe zatrudnienie	Proszę o wpisanie wcześniej wykonywanych zawodów:							
aktualnie wykonywana praca (jeśli wnioskodawca pracuje)	Stanowisko pracy		Wykonywane czynności (np. praca biurowa, praca fizyczna, obsługa klienta)			Obsługiwane urzędy (np. urzędy biurowe, maszyna do szycia)		
		
trudności w wykonywanej pracy	Proszę o wpisanie problemów przy wykonywanej pracy (np. ból przy długotrwałym siedzeniu, trudności z dźwiganiem):							
przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia	<input type="checkbox"/> pogorszenie stanu zdrowia		<input type="checkbox"/> rozwiązanie umowy o pracę		<input type="checkbox"/> likwidacja miejsca pracy		<input type="checkbox"/> inna (jaka?)	
	kiedy? (proszę wpisać konkretną datę lub okres, np. 2 lata temu)						<input type="checkbox"/> nie dotyczy (nadal pracuję)	
plany zawodowe	<input type="checkbox"/> podjęcie (lub kontynuacja dotychczasowego) zatrudnienia w zakresie dostosowanym do stanu zdrowia		zmiana pracy na inną		<input type="checkbox"/> renta / emerytura	<input type="checkbox"/> brak planów	<input type="checkbox"/> inne (jakie?)	
			<input type="checkbox"/> lepiej płatną					
			<input type="checkbox"/> bardziej dostosowaną do stanu zdrowia					
KWALIFIKACJE								
podnoszenie kwalifikacji	Uczestnictwo w szkoleniach i kursach			Zdobyte uprawnienia		Uczestnictwo w stażach i praktykach		
		
znajomość obsługi komputera	<input type="checkbox"/> nie korzystam	<input type="checkbox"/> przeglądanie Internetu	<input type="checkbox"/> wysyłanie e-maili	<input type="checkbox"/> tworzenie pism	<input type="checkbox"/> pakiet biurowy (Office lub inny)	<input type="checkbox"/> programowanie, tworzenie stron WWW	<input type="checkbox"/> korzystanie z profesjonalnych programów (np. graficzne)	
prawo jazdy	<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> kat. A	<input type="checkbox"/> kat. B	<input type="checkbox"/> kat. C	<input type="checkbox"/> kat. D	<input type="checkbox"/> kat. T	<input type="checkbox"/> inna kat. (jaka?	
znajomość języków obcych	<input type="checkbox"/> brak		poziom znajomości języka obcego					
	znam język		w mowie	<input type="checkbox"/> słaby	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> komunikatywnie	<input type="checkbox"/> biegle	
			w piśmie	<input type="checkbox"/> słaby	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> komunikatywnie	<input type="checkbox"/> biegle	
	znam język		w mowie	<input type="checkbox"/> słaby	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> komunikatywnie	<input type="checkbox"/> biegle	
w piśmie			<input type="checkbox"/> słaby	<input type="checkbox"/> podstawowy	<input type="checkbox"/> komunikatywnie	<input type="checkbox"/> biegle		

[TABELA 13] MIEJSCE NA DODATKOWE INFORMACJE

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy (lub jego upoważnionego pełnomocnika)