

Kwestionariusz
dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się
o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Miejsce zamieszkania:.....

Stopień niepełnosprawności	X	
znaczny/dziecko niepełnosprawne		
umiarkowany		
lekki		
całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji		
całkowita niezdolność do pracy		
częściowa niezdolność do pracy		
Sytuacja zawodowa		
zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą		
w tym: w zakładzie pracy chronionej		
dzieci i młodzież do 18 roku życia		
młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca		
bezrobotny, rencista, emeryt poszukujący pracy		
bezrobotny, rencista, emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy		
Sytuacja rodzinna		
zamieszkuje samotnie		
zamieszkuje z rodziną		
Dochód		
do kryterium dochodowego		
powyżej kryterium dochodowego		
Korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON na turnusy rehabilitacyjne (rok)		
TAK		
NIE		
Zdolność do wykonywania czynności w zakresie samoobsługi		
wykonywanie czynności w pełni samodzielnie		
konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności		
pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki		
Zdolność poruszania się		
wykonywanie czynności w pełni samodzielnie		
konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności		
pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki		
Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego		
wykonywanie czynności w pełni samodzielnie		
konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności		
pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki		

Wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (kontakty z rodziną, ze znajomymi, z organizacjami pozarządowymi, w tym działania na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych, inne)		
stan zdrowia w znacznym stopniu ogranicza realizowanie kontaktów społecznych		
stan zdrowia częściowo ogranicza realizowanie kontaktów społecznych		
stan zdrowia nie ogranicza realizowania kontaktów społecznych		
Ograniczenia utrudniające codzienne funkcjonowanie, w tym realizację kontaktów społecznych		
problemy w poruszaniu się		
osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		
dysfunkcja narządu słuchu		
dysfunkcja narządu wzroku		
choroby układu oddechowego		
choroby układu krążenia		
brak		
Inne:		
Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych		
wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi		
aktywizacja i współdziałanie w zespole		
lepsze radzenie sobie w załatwianiu spraw życia codziennego		
poprawa nastroju, budzenie poczucia własnej wartości		
pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych		
rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji		
uspołecznienie poprzez integrację, sport, turystykę		
ogólna poprawa sprawności psychofizycznej poprzez promocję zdrowia i edukację prozdrowotną		
nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych i komunikacji z otoczeniem		
rozwijanie zainteresowań		
zabiegi fizjoterapeutyczne		
Zabiegi rehabilitacyjne		
brak potrzeb		

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ opiekuna ustawowego dziecka/ opiekuna prawnego osoby dorosłej