

ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY BADAJĄCY POTRZEBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

(możliwość uzupełnienia formularza przez kadrę projektu na podstawie
przeprowadzonych rozmów indywidualnych)

Tytuł i numer projektu	„ Aktywna integracja mieszkańców województwa wielkopolskiego” RPWP.07.01.02.-30-0065/19
Beneficjent	POLBI Sp. z o.o.
Priorytet	7. Włączenie społeczne
Działanie	7.1. Aktywna integracja
DANE KANDYDATA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	

1. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

2. Kod:

.....

3. Rodzaj niepełnosprawności:

- a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa - rdzeniowa)
- b) dysfunkcja narządu wzroku
- c) zaburzenia psychiczne
- d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym
- e) dysfunkcje narządu mowy i słuchu
- f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

4. Czy porusza się Pan/Pani:

W domu	☐ Samodzielnie	☐ Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	☐ Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
Poza miejscem zamieszkania	☐ Samodzielnie	☐ Z pomocą sprzętów ortopedycznych itp.	☐ Nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych

5. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest czyjeś wsparcie:

- ☐ NIE
☐ TAK

Typ potrzebnego wsparcia:

.....

.....

.....

.....

.....

6. *Z kim Pan(i) mieszka?

.....

.....

.....

7. *W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

.....

.....

.....

.....

.....

8. *Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

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

9. *Czy może Pan(i) liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

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

10. Co najbardziej utrudnia Panu(i) uczestnictwo w różnych formach aktywizacji zawodowej (np. doradztwo, poradnictwo, szkolenia, staże):

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

11. Jakiego wsparcia Pan(i) oczekiwałby, aby móc uczestniczyć w projekcie (proszę zaznaczyć):

- ☐ Asystent Osoby Niepełnosprawnej
- ☐ Wsparcie psychologa
- ☐ Tłumacz języka migowego
- ☐ Specjalistyczne oprogramowanie (wymaga uszczegółowienia)

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



- ☐ Transport specjalisty (wymaga uszczegółowienia)

.....

.....

.....

- ☐ Specjalne potrzeby żywieniowe (wymaga uszczegółowienia)

.....

.....

.....

- ☐ Specjalne warunki w miejscu realizacji projektu (wymaga uszczegółowienia)

.....

.....

.....

- ☐ Dostosowane materiały szkoleniowe do indywidualnych potrzeb (wymaga uszczegółowienia)

.....

.....

.....

.....

- ☐ Inne (wymaga uszczegółowienia)

.....

.....

.....

.....

.....

Miejsce na dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA

(jeśli w punkcie 11 zaznaczono wsparcie – Asystent Osoby Niepełnosprawnej)

Prosimy o określenie cech asystenta, który Pana(i) zdaniem byłby najbardziej odpowiedni:

1. Płeć: 2. Wiek:

3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

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

3.W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan(i) od niego oczekuje?

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

4.W jakich godzinach/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

.....
.....

6. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

.....
.....