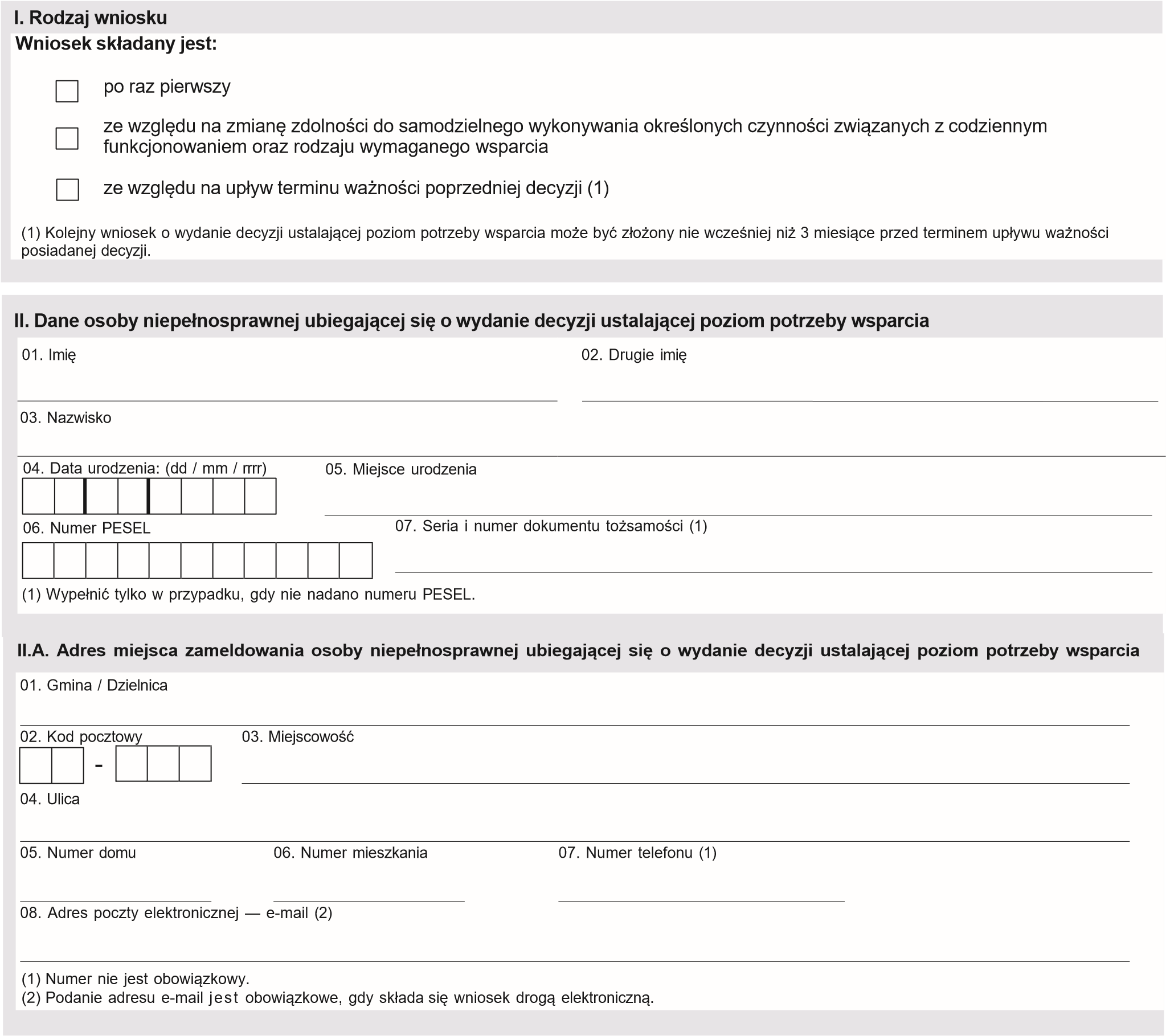
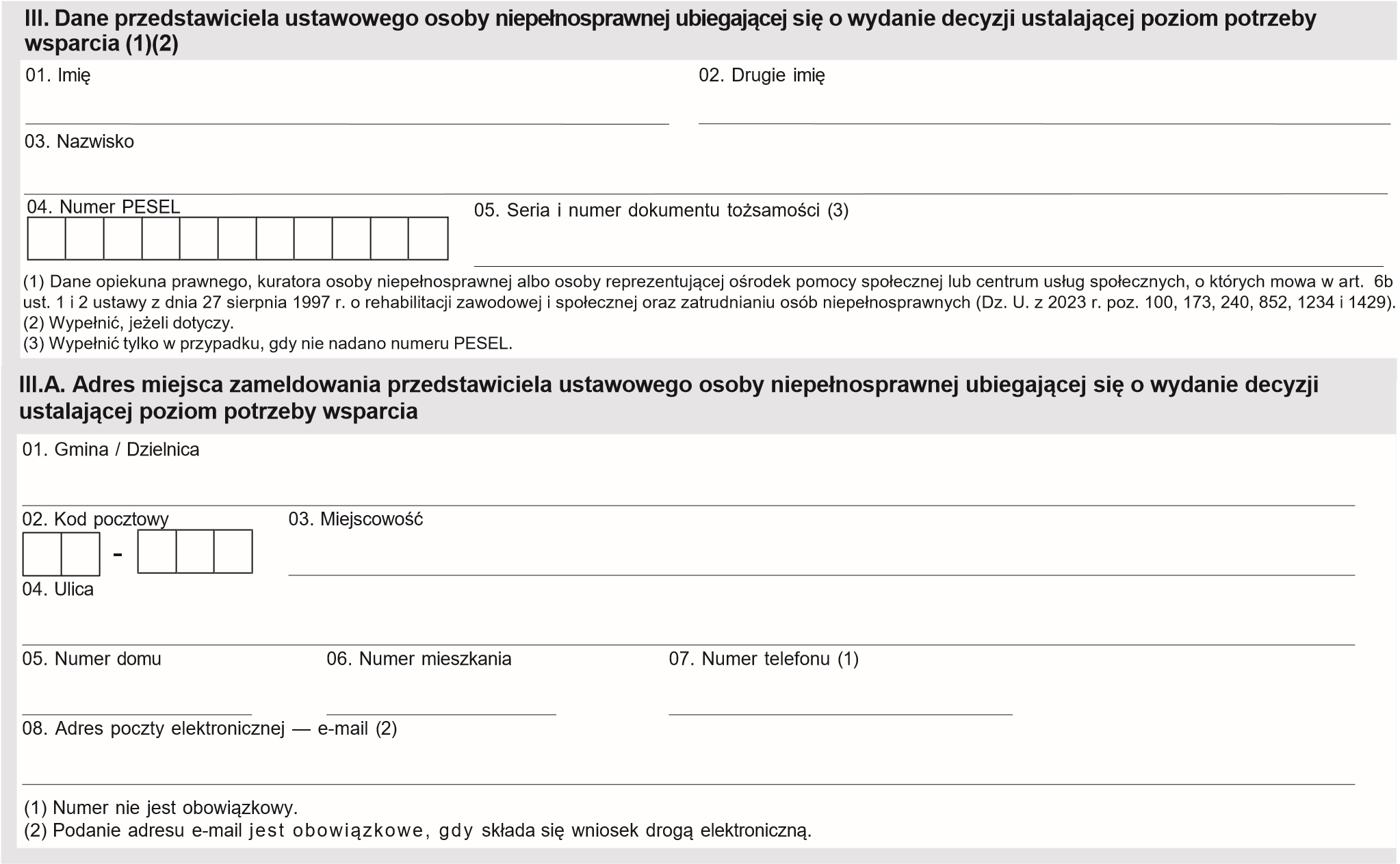
**WNIOSEK PPW**

**O WYDANIE DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)**   |  | | --- | |  | |  | |  | |
| **Adres organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)** |
|  |
| 01.    Kod    pocztowy      -  03.    Ulica    02.    Miejscowość    04.    Numer    domu    05.    Numer    mieszkania    (1)  Przez  organ  właściwy  rozumie  się  wojewódzki    zespół    do spraw o  rzekania    o    niepełnosprawności  właściwy  ze  względu  na  miejsce  stałego    pobytu  osoby  . |
|

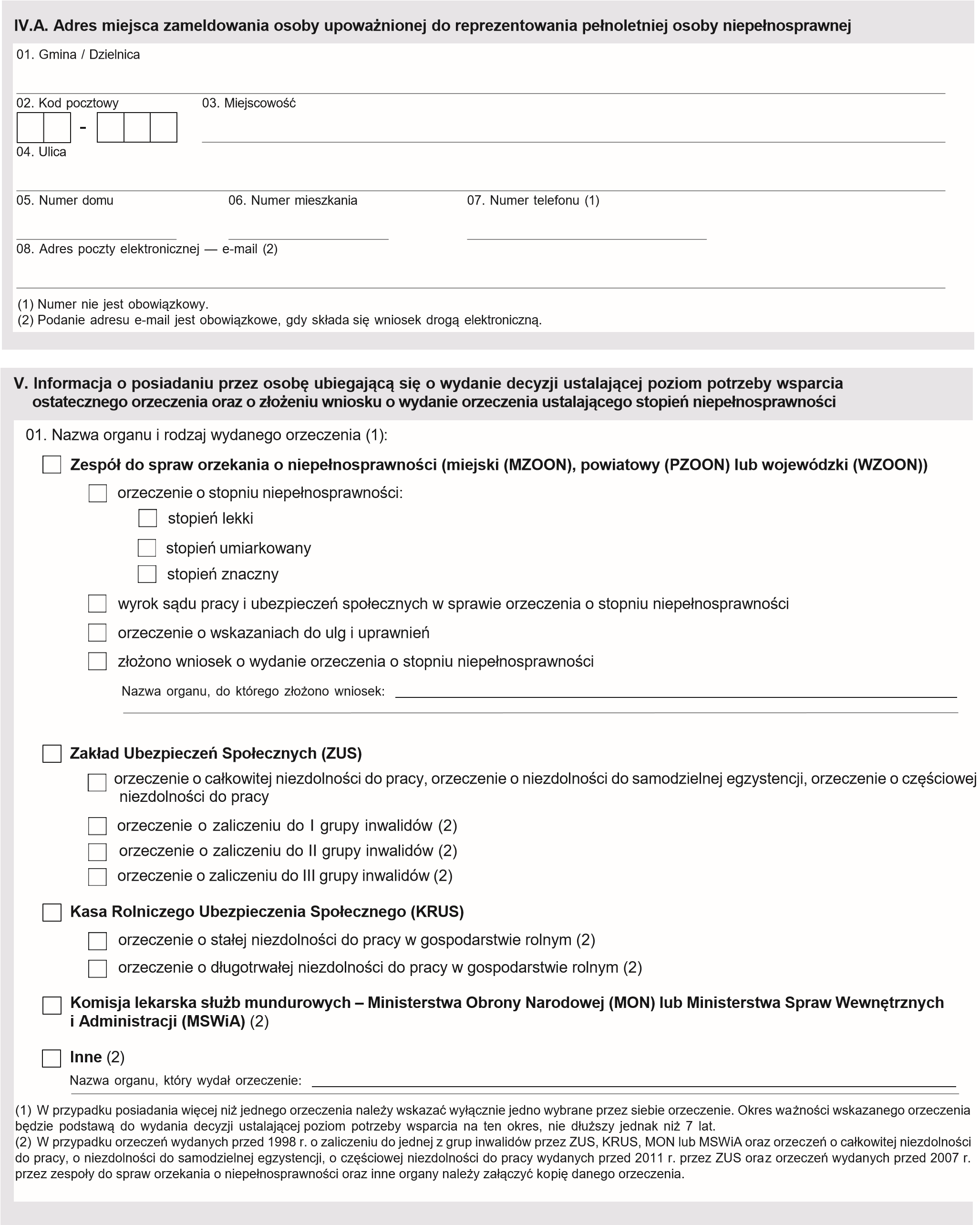


|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II.B. Adres stałego pobytu osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)**  01. Gmina / Dzielnica | | | |
|  | 02. | Kod | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  |   03. Miejscowość  pocztowy    - |
| 04. Ulica | | |
| 05. Numer domu 06. Numer mieszkania | | |
|  | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej (1)**  01. Imię 02. Drugie imię | | | | | | | | | | | | |
| 03. Nazwisko  04.    Numer    PESEL    05.    Seria    i    numer    dokumentu    tożsamości    (2) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wypełnić, jeżeli dotyczy.  Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL. | | | | | | | | | | | |

strona: 2/4



strona: 3/4

02.

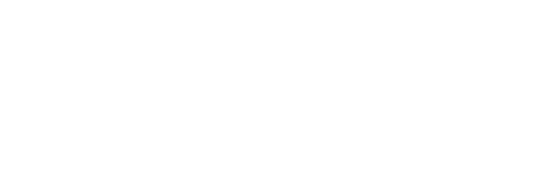
Data wydania orzeczenia: (dd / mm / rrrr)



03.

Numer

orzeczenia:



04.

Okres,

na

który

wydano

orzeczenie:

na czas

określony,

do dnia (dd/mm/rrrr):

na czas

nieokreślony

.

05

Symbol przyczyny

niepełnosprawności

(je

że

li

dotyczy):

1. **Informacja o wyrażeniu zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia**

Nie wyrażam zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w miejscu mojego stałego pobytu. W przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej albo osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – brak zgody wyraża przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona.

Wyrażam zgodę na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w miejscu mojego stałego pobytu. W przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej albo osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona.

1. **Załączniki**

Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem.

Kopia posiadanego orzeczenia – jeżeli dotyczy.

Dokument potwierdzający status opiekuna prawnego, kuratora osoby niepełnosprawnej albo osoby reprezentującej ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, o których mowa w art. 6b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – jeżeli dotyczy.

Upoważnienie do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – jeżeli dotyczy.

*Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia są prawdziwe.*

(Miejscowość) (Data: dd / mm / rrrr) (Podpis wnioskodawcy)

strona: 4/4

**Załącznik nr 2**

## PPW-K

**KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY TRUDNOŚCI W ZAKRESIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM**

1. **Instrukcja wypełniania.**

Przed przystąpieniem do wypełniania Kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem (zwanego dalej „Kwestionariuszem samooceny”) należy wpisać WIELKIMI LITERAMI dane osoby dokonującej samooceny: imię, drugie imię, nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu tożsamości (w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL). Wypełniając Kwestionariusz samooceny, należy ustosunkować się do wszystkich ponumerowanych pozycji oraz dla każdej z nich zaznaczyć znakiem X tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź.

1. **Informacja o niemożności wypełnienia kwestionariusza samooceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.**

Czy z przyczyn związanych ze stanem zdrowia nie jest możliwe sporządzenie oceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia? (1)

* tak
* nie

Jeżeli tak, proszę podać przyczyny powodujące niemożność sporządzenia samooceny:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(1) Niemożność sporządzenia kwestionariusza samooceny dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrozumieć treści w nim zamieszczonych lub udzielić samodzielnie odpowiedzi. Dotyczy to, w szczególności, osób z: zaburzeniami świadomości (będących w śpiączce lub stanie wegetatywnym), niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami należącymi do spektrum autyzmu, zaburzeniami neuropoznawczymi albo zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii lub innymi zaburzeniami psychotycznymi.

**III. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia:**

Imię: …………………………………………………………………………………………………………………………………...…...…………

Drugie imię: ……………………………………………………………………………………………………………….………………………...

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

Numer PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………..….

Seria i numer dokumentu tożsamości (2): ………………………………………………………………………………………………..………

(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**IV. Proszę zaznaczyć, jak ocenia Pani/Pan swoje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, wynikające z niepełnosprawności:**

* bardzo źle – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczania w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* źle – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* średnio – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby, w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić
* dobrze – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, co do zasady, nie wymaga wsparcia innych osób **V. Czy w codziennym funkcjonowaniu korzysta Pani/Pan z technologii wspomagającej?**
* tak
* nie

jeżeli tak, podać z jakich:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Proszę wymienić główne dolegliwości, które utrudniają Pani/Panu codzienne funkcjonowanie. Proszę podać, jak często w Pani/Pana ocenie one występują:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Poruszanie się”:**

### VII.1. Zmiana pozycji ciała w łóżku

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

## PPW-K

### VII.2. Siadanie i utrzymanie stabilnej pozycji siedzącej

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.3. Stanie i utrzymanie stabilnej pozycji stojącej**

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.4. Chodzenie po powierzchniach płaskich w obrębie mieszkania lub domu oraz bezpośrednim jego otoczeniu**

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VII.5. Wchodzenie na schody i schodzenie z nich

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.6. Poruszanie się poza domem oraz jego bezpośrednim otoczeniem**

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.7. Przemieszczanie się środkami transportu i umiejętność korzystania ze środków transportu publicznego w miejscu zamieszkania i poza nim**

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VII.8. Podnoszenie, chwytanie i manipulowanie przedmiotami użytkowymi

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

1. **Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Dbanie o siebie i własne zdrowie”:**

**VIII.1. Utrzymywanie higieny (mycie i osuszanie ciała, mycie zębów, czesanie się, golenie)**

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**VIII.2. Ubieranie się**

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**VIII.3. Załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety**

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

### VIII.4. Jedzenie i picie

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

#### VIII.5. Troska o własne zdrowie (3)

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(3) np.: świadomość potrzeb zdrowotnych wynikających ze stanu zdrowia, stosowanie się do zaleceń lekarza w zakresie: przyjmowania leków z zastosowaniem prawidłowej dawki podawania leku, stosowania diety, przestrzeganie harmonogramu wizyt lekarskich i zleconych badań diagnostycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych, poszukiwanie pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, unikanie czynników szkodliwych oraz zagrożeń dla zdrowia i życia

**IX. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Aktywność w gospodarstwie domowym”:**

#### IX.1. Dokonywanie zakupów

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

#### IX.2. Przygotowywanie posiłków

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

#### IX.3. Wykonywanie prac domowych (4)

* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(4) np.: sprzątanie powierzchni mieszkalnej, pranie, prasowanie, czyszczenie i naprawianie garderoby oraz obuwia, usuwanie śmieci, korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego

1. **Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Porozumiewanie się”:** 
   1. **Porozumiewanie się za pomocą języka mówionego (mówienie i rozumienie mowy)**
      * brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie
  1. **Porozumiewanie się za pomocą języka pisanego (pisanie i czytanie)**
     + brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

* + - **X.2.1. Porozumiewanie się za pomocą języka migowego**

tak nie



* + - **X.2.2. Porozumiewanie się za pomocą metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)**

tak nie



jeżeli tak, podać z jakich:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Prowadzenie rozmowy i przekazywanie informacji za pomocą języka mówionego, języka pisanego, języka migowego lub metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej** (5)
     + brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## PPW-K

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(5) np.: logiczne i zwięzłe przekazywanie informacji innym osobom, w tym dotyczących własnych potrzeb, dolegliwości i emocji; rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie rozmowy w kontaktach z osobami znajomymi i obcymi, w tym również przy załatwianiu spraw urzędowych, w trakcie której, wymieniane są informacje, poglądy i myśli

**XI. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie w społeczeństwie”:**

### XI.1. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów (6)

* brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność

(6) np.: inicjowanie kontaktu z osobami znanymi i obcymi, zdolność rozumienia zachowań, wypowiedzi i oczekiwań innych osób i umiejętność ich zaspokajania, zawieranie przyjaźni i jej utrzymanie, tworzenie bliskich kontaktów uczuciowych, w tym zdolność do założenia rodziny i dbania o jej dobro

### XI.2. Załatwianie spraw urzędowych (7)

* brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(7) np.: załatwianie spraw własnych i osób bliskich w różnych urzędach i instytucjach, w tym spraw związanych ze stanem zdrowia, pisanie pism urzędowych, składanie wniosków za pośrednictwem poczty lub Internetu

### XI.3. Organizowanie i spędzanie wolnego czasu (8)

* brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność

(8) np.: branie udziału w wydarzeniach kulturalnych, religijnych i sportowych, posiadanie hobby, oglądanie programów telewizyjnych, granie w różne gry, czytanie książek, zwiedzanie, uczestniczenie w turnusach rehabilitacyjnych

1. **Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie poznawcze i psychiczne”:**

**XII.1. Zdolność do zapamiętywania nowych informacji i zdarzeń oraz pamiętanie informacji nabytych**

* całkowity brak zdolności
* zdolność ograniczona (*proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* pełna zdolność

**XII.2. Zdolność do skupiania uwagi** (9)

* całkowity brak zdolności
* zdolność ograniczona (*proszę* *opisać na czym te ograniczenia polegają)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* pełna zdolność

(9) np. na wykonywanej czynności, informacji przekazywanej przez inną osobę, oglądanym filmie, czytanej książce

**XII.3. Zdolność do myślenia i rozwiązywania problemów** (10)

* całkowity brak zdolności
* zdolność ograniczona (*proszę* *opisać na czym te ograniczenia polegają)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* pełna zdolność

(10) np.: umiejętność liczenia, rozpoznawanie nominałów banknotów, rozumienie pojęcia czasu i liczby, znajomość wskazań zegara, planowanie rozkładu dnia, wydatków, ustalanie priorytetów oraz strategii działania oraz monitorowanie ich wykonania

**XII.4. Opanowanie nowej umiejętności** (11)

* całkowity brak zdolności do opanowania nowej umiejętności lub zachowania
* zdolność ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
* pełna zdolność – mogę opanować samodzielne wykonywanie nowej czynności lub zachowania

(11) np.: opanowanie nowej, nieposiadanej wcześniej umiejętności lub zachowania niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, w tym umiejętności samodzielnego wykonania czynności lub przy wsparciu innej osoby, wdrożenie nowego zachowania do repertuaru codziennych zachowań

### XII.5. Kontrola emocji i zachowania (12)

* całkowity brak zdolności do kontrolowania emocji i zachowania
* zdolność ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – posiadam pełna kontrolę nad emocjami i zachowaniem

(12) brak kontroli nad emocjami: wybuchanie gniewem, krzykiem, głośnym płaczem w sposób nieakceptowany społecznie, występowanie zachowań agresywnych skierowanych na inne osoby, np. popychanie, szturchanie, bicie, lub skierowanych na siebie np. w formie samookaleczenia

**XIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność odbioru bodźców za pomocą narządu wzroku i słuchu XIII.1. Odbiór bodźców wzrokowych** (13)

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – brak zaburzeń narządu wzroku

(13) zdolność widzenia za pomocą narządu wzroku

**XIII.2. Odbiór bodźców słuchowych** (14)

* całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
* brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  pełna zdolność – brak zaburzeń narządu słuchu

(14) zdolność słyszenia za pomocą narządu słuchu

**XIV. Proszę podać inne informacje na temat swojego funkcjonowania, które Pani/Pan uważa za istotne:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**XV. Proszę określić, czy Pani/Pan ma trudności z dotarciem do siedziby wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.**

 tak  nie

jeżeli tak, proszę podać jakie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**XVI. Oświadczenie**

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym kwestionariuszu samooceny są prawdziwe.

Miejscowość: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data (*dd / mm / rrrr*): ……………………………………………………………………………………………………………………………….. Podpis wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………..