

Nr sprawy .....

## Opis sytuacji społecznej

(dla osób powyżej 16 roku życia)

**Do Miejskiego Zespołu ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności w Katowicach  
ul. Gliwicka 102**

Katowice

.....

### I. Dane osobowe:

1. imię i nazwisko .....
2. numer PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../
3. adres zamieszkania/pobytu .....

### II Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe, kariera zawodowa

1. mniej niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  zasadnicze zawodowe  średnie   
wyższe
2. kierunek kształcenia .....
3. uzyskany zawód .....
5. inne (np. studia podyplomowe, specjalizacje).....
6. szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia,  
staże/praktyki).....
7. znajomość obsługi komputera .....
- prawo jazdy nie posiada  posiada  (jakiej kategorii ?) .....
- języki obce brak znajomości  posiada znajomość  (jakie? poziom znajomości).....
- nabyte umiejętności zawodowe (obsługa maszyn i urządzeń).....
8. ogólny staż pracy .....(lata)
9. wykonywane zawody .....
10. aktywność zawodowa:  pracujący,  bezrobotny (zarejestrowany w PUP: TAK/NIE),  
 uczeń/student,  emeryt/rencista,  bierny zawodowo
- źródła dochodu:  wynagrodzenie,  brak,  na utrzymaniu rodziny,  pomoc społeczna,  
 zasiłek dla bezrobotnych,  emerytura/renta,  inne .....
11. aktualnie wykonywana praca.....
12. przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia.....

13. plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia.....

### III. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa:

1. stan cywilny:  wolny,  kawaler/panna,  żonaty/mężatka,  wdowiec/wdowa,  rozwiedziony/rozwiedziona,  inne.....

2. sytuacja rodzinna:  samotny,  posiada rodzinę/osoby bliskie jakie: .....

3. możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny:  brak możliwości,  możliwe wsparcie jakie:.....

4. warunki mieszkaniowe:  dom,  mieszkanie,  wynajęty pokój,  pobyt w instytucji zapewniającej nocleg,  inne jakie:.....

posiadanie odrębnego pokoju:  TAK,  NIE, na którym piętrze znajdują się mieszkanie:.....

stan mieszkania:  dobry,  wymaga napraw,  wymaga generalnego remontu

5. potrzeby dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń:  nie wymaga,  wymaga,  mieszkanie już dostosowane

Jakie:  podjazd,  schodolaz,  uchwyty, poręcze,  dostosowanie sanitarne,  likwidacja progów,  inne jakie:.....

### IV. Charakterystyka środowiska lokalnego w zakresie możliwości uzyskania wsparcia ze strony sąsiadów, przyjaciół, instytucji/organizacji/stowarzyszeń:

1. możliwość uzyskania wsparcia ze strony innych osób:  NIE,  TAK przez kogo:.....

2. rodzaj wsparcia:  robienie zakupów,  sprzątanie,  mycie okien,  pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,  pomoc przy przyrządzaniu posiłków,  pomoc przy przemieszczaniu się,  inne jakie:.....

3. czy osoba jest objęta środowiskowym wsparciem:  TAK,  NIE

jakim:  MOPS,  PEFRON,  Dom Pomocy Społecznej,  inne jakie:.....

### V. Informacje od osoby orzekanej o jej funkcjonowaniu na poziomie aktywności indywidualnej:

1. Zdolności w zakresie samoobsługi:

zakres czynności	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
<b>zdolności w zakresie samoobsługi</b>			
kąpiel, prysznic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
czesanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
golenie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zapinanie guzików, zamków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nałożenie, zdjęcie ubrania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zakładanie butów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spożywanie pokarmów, płynów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przyjmowanie leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gotowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pranie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sprzątanie (gruntowne porządki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
robienie zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ogrzewanie mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>zdolności w zakresie poruszania się</b>			
wstanie z łóżka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przemieszczenie się w obrębie mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korzystanie z samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korzystanie z transportu publicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>zdolności w zakresie komunikowania się</b>			
komunikacja słowna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
komunikacja pisemna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Uczestnictwo w życiu społecznym:

umiejętność nawiązania i podtrzymania kontaktu z rodziną:  NIE,  TAK

umiejętność nawiązania i podtrzymania kontaktu z innymi osobami:  NIE,  TAK

rozumienie norm społecznych:  NIE,  TAK

Głównie ograniczenia w pełnieniu ról społecznych:

.....  
 .....

**VI. Dodatkowe informacje:**

.....  
 .....

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
 Podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego