**FORMULARZ DOT. FUNKCJONOWANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Objaśnienia dotyczące metody wypełniania formularza:**

* Wpisać wartość punktową przypisaną do wybranej możliwości.
* W ramce wpisać uzyskaną łączną sumę punktów

**Data wypełnienia formularza** …………………………………………

**Informacja o osobie**

1. PESEL …………………………………………………………..
2. Imię i nazwisko …………………………………………………
3. Data urodzenia ………………………………………………….
4. Płeć K/M
5. Adres ……………………………………………………………
6. Zamieszkanie

a) samodzielnie

b) z rodziną: ……………………………………………………

c) inne …………………………………………………………...

**Dzienne placówki, do jaki uczęszcza osoba przynajmniej na 6 godzin dziennie przynajmniej 3x tydzień**

1. Żadna
2. Szkoła
3. Warsztat Terapii Zajęciowej
4. Środowiskowy Dom Samopomocy
5. Zakład Aktywności Zawodowej
6. Zatrudnienie wspomagane
7. Inne (np. Centrum Aktywizacji, Centrum Integracji Społecznej, Klub Integracji Społecznej, klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi)

**Stopień niepełnosprawności**:…………………………………………………….

**Kod(y) przyczyny niepełnosprawności:**…………………………………………

**Opis niepełnosprawności:**

1. Osoba głuchoniewidoma
2. Osoba z autyzmem
3. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) w stopniu głębokim
4. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) w stopniu umiarkowanym znacznym i jednocześnie głucha, niewidoma lub/i dotknięta epilepsją lub/i z niepełnosprawnością ruchową
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Niezbędne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**:………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***L.p.*** |  ***Problemy behawioralne i zdrowotne*** | ***Liczba punktów*** |
|  | **Niekontrolowane opuszczanie miejsca pobytu**10 = W sposób niekontrolowany opuszcza miejsce pobytu 5 = Miał(a) w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej jeden przypadek niekontrolowanego opuszczenia miejsca pobytu0 = Nie opuszcza w sposób niekontrolowany miejsca pobytu |  |
|  | **Poważna agresja wobec osób i/lub autoagresja** 10 = Wykazuje agresję i/lub autoagresję co najmniej kilka razy w miesiącu 5 = Sporadycznie wykazuje agresję i/lub autoagresję, co najmniej kilka razy w roku 0 = Nie wykazuje agresji i/lub autoagresji |  |
|  | **Umiejętność funkcjonowania w grupie**10 = Nie jest w stanie funkcjonować w życiu codziennym i w czasie terapii/pracy bez indywidualnego wsparcia (1 na 1)5 = Funkcjonuje w życiu codziennym i w czasie terapii z ograniczonym wsparciem (praca w 2-4 osobowej grupie)0 = Potrafi funkcjonować z ograniczonym wsparciem w grupie (praca w 5 osobowej i większej grupie) |  |
|  | **Nadwrażliwość na bodźce zmysłowe uniemożliwiająca lub utrudniająca przebywanie w dużej grupie**10 = Cierpi na nadwrażliwość na bodźce zmysłowe w stopniu uniemożliwiającym funkcjonowanie w nieprzystosowanym otoczeniu /placówce5 = Cierpi na nadwrażliwość na bodźce zmysłowe w stopniu znacznie utrudniającym funkcjonowanie w nieprzystosowanym otoczeniu0 = Nie wykazuje reakcji świadczących o nadwrażliwości na bodźce zmysłowe  |  |
|  | **Komunikacja niewerbalna i werbalna** 10 =Zaburzenia w komunikacji niewerbalnej i werbalnej uniemożliwiają lub bardzo znacznie utrudniają wyrażanie podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych 5 =Poziom komunikacji niewerbalnej i/lub werbalnej znacznie ogranicza lub/i opóźnia możliwość wyrażania podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych0 = Poziom komunikacji werbalnej i/lub niewerbalnej pozwala na adekwatne wyrażanie podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych odpowiednio do poziomu intelektualnego |  |
|  | **Motoryka duża**10 = osoba leżąca, siedzi tylko z podparciem, stale używa wózka5 = chodzi z asekuracją lub pod kontrolą, od czasu do czasu używa wózka lub innego sprzętu0 = samodzielnie chodzi po różnych płaszczyznach, schodach, omija przeszkody |  |
|  | **Motoryka mała**10 = nie manipuluje przedmiotami i/lub manipuluje w sposób niespecyficzny5 = sporadycznie posługuje się przedmiotami w celowy sposób, może mieć problemy z precyzją ruchów 0 = sprawnie posługuje się przedmiotami, w sposób celowy  |  |
|  | **Samodzielność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb** **- jedzenie**10 = nie jest w stanie samodzielnie jeść5 = jest w stanie jeść przy częściowym wsparciu/kontroli opiekuna 0 = je samodzielnie  |  |
|  | **Samodzielność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb** **- ubieranie**10 = nie jest w stanie samodzielnie ubrać się5 = jest w stanie ubrać się przy częściowym wsparciu/kontroli opiekuna 0 = ubiera się samodzielnie odpowiednio do sytuacji i pogody  |  |
|  | **Samodzielność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb** **– higiena osobista**10 = nie jest w stanie samodzielnie wykonać czynności higienicznych (mycie, golenie)5 = jest w stanie wykonywać czynności higieniczne przy częściowym wsparciu/kontroli opiekuna 0 = wykonuje czynności higieniczne samodzielnie  |  |
|  | **Samodzielność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb** **– potrzeby fizjologiczne**10 = nie kontroluje lub nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych, używa pampersów5 = sygnalizuje potrzeby fizjologiczne, ale potrzebuje pomocy/kontroli w ich załatwieniu0 = samodzielnie korzysta z toalety, aby załatwić potrzeby fizjologiczne |  |
|  | **Możliwość pozostawania bez opieki innej osoby w miejscu pobytu** 10 = nie może pozostawać bez opieki ze względu na stan zdrowia fizycznego i/lub psychicznego (np. z powodu korzystania z aparatury podtrzymującej życie, zagrożenia utratą przytomności, nasilonego niepokoju/lęku);5 = może pozostawać bez opieki innej osoby w miejscu pobytu przez 1 godzinę;0 = może pozostawać bez opieki innej osoby w miejscu pobytu; |  |
|  | **Stosowanie niezbędnych leków i środków pielęgnacyjnych, których osoba niepełnosprawna nie jest w stanie samodzielnie używać;**10 = stale potrzebuje niezbędnych leków i/lub środków pielęgnacyjnych, opatrunkowych (pampersy, cewniki, strzykawki), 5 = okresowo potrzebuje leków i/lub środków pielęgnacyjnych0 = nie potrzebuje leków i/lub środków pielęgnacyjnych |  |
|  | **Łączna liczba punktów (wynik oceny)** |  |

**……………………………………………………**

 Data i czytelny podpis osoby dokonującej oceny

**Formularz wypełniany jest na podstawie:**

1. opinii psychologa,
2. opinii pedagoga szkolnego z placówki, do której osoba wcześniej uczęszczała
3. opinii lekarza specjalisty (np. psychiatry, neurologa)
4. wywiadu środowiskowego pracownika socjalnego
5. informacji uzyskanej od osoby niepełnosprawnej, rodziców lub opiekunów prawnych
6. obserwacji

**Uwagi:**

1. obszary, w których funkcjonuje dobrze -
2. obszary, w których funkcjonuje źle -