

Wzór diagnozy

Diagnoza potrzeb – wywiad pogłębiony

1. Informacje ogólne

Imię:

Nazwisko:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Miejsce zamieszkania:

Data urodzenia:

PESEL:

2. Wykształcenie

2.1. JAKIE MA PAN/PANI WYKSZTAŁCENIE?

☐ podstawowe

☐ gimnazjalne

☐ zasadnicze zawodowe

☐ średnie

☐ średnie zawodowe

☐ policealne

☐ licencjat

☐ wyższe

☐ studia podyplomowe/doktorat

☐ inne, (jakie?):

2.2. JAKIE SZKOŁY PAN/PANI UKOŃCZYŁ/A?

rok ukończenia	nazwa szkoły	zawód wyuczony/specjalizacja

2.3. JAKIE KURSY I SZKOLENIA UKOŃCZYŁ/A PAN/PANI W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT?

rok ukończenia	czas trwania	tytuł szkolenia

2.4. CZY MA PAN/PANI MOŻLIWOŚĆ PRACY W WYUCZONYM ZAWODZIE

☐ nie, *dla czego?*
.....
.....

☐ tak

2.5. CZY MYŚLI PAN/PANI O PRZEKWALIFIKOWANIU SIĘ?

☐ nie, *dla czego?*
.....
.....

☐ tak

2.6. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI NABYĆ DODATKOWE KWALIFIKACJE?

☐ nie

☐ tak, *jakie?*
.....

2.7. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI DODAĆ JESZCZE JAKIEŚ INFORMACJE NA TEMAT
PANA/PANI POTRZEB POTRZEB/PROBLEMÓW EDUKACYJNYCH? JAKIE?

.....

.....

.....

3. Aktywność zawodowa

3.1. JAKI JEST PANA/PANI STATUS W URZĘDZIE PRACY?

- ☐ zarejestrowany - bezrobotny
- ☐ zarejestrowany - poszukujący pracy
- ☐ niezarejestrowany

3.2. UCZESTNICTWO W:

- ☐ Warsztatach Aktywizacji Zawodowej w okresie od.....do.....
- ☐ Zakładzie Aktywności Zawodowej w okresie od..... do.....
- ☐ Środowiskowy Dom Samopomocy w okresie od..... do.....
- ☐ Centrum Integracji Społecznej w okresie od..... do.....
- ☐ Klub Integracji Społecznej w okresie od..... do.....
- ☐ Inne (jakie?).....

3.3 JAKIE MA PAN/PANI DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (PRACA, STAŻE/PRZYGOTOWANIE
ZAWODOWE, PRAKTYKI, WOŁONTARIAT, INNE)?

Okres zatrudniania	Pracodawca	Stanowisko	Zakres obowiązków

3.4 CZY CHCIAŁBY PAN/PANI W NAJBLIŻSZYM CZASIE PODJĄĆ PRACĘ?

☐ nie, *dlaczego?*

.....

.....

.....

(Jeśli nie, proszę przejść do obszaru IV – Sytuacja społeczna i rodzinna)

☐ tak

3.5. DLACZEGO MYŚLI PAN/PANI O PODJĘCIU PRACY?

☐ chcę zarabiać na życie

☐ chcę przebywać wśród ludzi

☐ namawia mnie do tego rodzina/inne osoby

☐ z innych powodów, *jakich?*

.....

.....

3.6. JAKIEJ PRACY NIE MOŻE/NIE CHCE PAN/PANI WYKONYWAĆ?

.....

.....

.....

3.7 JAKĄ PRACĘ CHCIAŁBY/CHCIAŁABY PAN/PANI WYKONYWAĆ (STANOWISKO, FORMA ŚWIADCZENIA PRACY, ZAKRES CZYNNOŚCI)

.....

.....

.....

.....

.....

3.8 JAKIE MA PAN/PANI PROBLEMY Z POSZUKIWANIEM PRACY?

.....

.....

.....

.....

.....

3.9 CO MOGŁOBY PANI/PANU POMÓC W PODJĘCIU PRACY?

- ☐ informacje na temat dostępnych ofert pracy
- ☐ pomoc w znalezieniu pracodawców
- ☐ wsparcie podczas rozmowy rekrutacyjnej
- ☐ pomoc doradcza w przygotowaniu dokumentów aplikacyjnych (cv, list motywacyjny)
- ☐ wsparcie w wyborze odpowiedniego zawodu/określenie „co mogę robić”?
- ☐ pomoc w przekwalifikowaniu się
- ☐ pomoc w załatwieniu formalności związanych z zatrudnieniem
- ☐ pomoc w nauce wykonywania czynności w miejscu pracy
- ☐ motywowanie do szukania pracy
- ☐ pomoc w dojeździe do pracy
- ☐ kursy/szkolenia
- ☐ dostęp do Internetu
- ☐ specjalistyczne oprogramowanie komputerowe
- ☐ sprzęt kompensacyjny przystosowany do mojej niepełnosprawności
- ☐ pomoc w przekonaniu mojej rodziny do tego, że mogę pracować
- ☐ inne, jakie?

3.10. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI DODAĆ JESZCZE JAKIEŚ INFORMACJE NA TEMAT PANA/PANI
POTRZEB/PROBLEMÓW ZAWODOWYCH? JAKIE?

.....

.....

.....

4. Sytuacja społeczna i rodzinna

4.1 CZY MA PAN/PANI JAKIEŚ ZAINTERESOWANIA, HOBBY? (CO LUBI PAN/PANI ROBIĆ
W CZASIE WOLNYM?)

☐ nie

☐ tak, jakie?:

.....

.....

.....

4.2. CZY UCZESTNICZY PAN/PANI W ŻYCIU KULTURALNYM, TURYSTYCE, SPORCIE?

☐ nie

☐ tak, w *jaki sposób*?:

.....

.....

.....

4.3. CZY UCZESTNICZY PAN/PANI W SPOTKANIACH, DZIAŁANIACH SPOŁECZNYCH?

☐ nie

☐ tak, *jakich*?

.....

.....

4.4 JEŚLI TAK

Z kim najczęściej?

☐ rodzina

☐ przyjaciele

☐ inni, z kim?

.....

.....

Jeśli nie, dlaczego?

.....

.....

4.5. W JAKI SPOSÓB PANA/I OTOCZENIE (RODZINA, PRZYJACIELE, SĄSIEDZI) UDZIELA WSPARCIA W PODEJMOWANIU AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ?

.....

.....

.....

4.6. W JAKI SPOSÓB PANA/I OTOCZENIE (RODZINA, PRZYJACIELE, SĄSIEDZI) UTRUDNIA PODEJMOWANIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ?

.....

.....

.....

4.7. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI DODAĆ JESZCZE JAKIEŚ INFORMACJE NA TEMAT PANA/PANI POTRZEB/PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH I RODZINNYCH. JAKIE?

.....

.....

.....

4.8. JAKIE SĄ PANA/PANI ŹRÓDŁA UTRZYMANIA?

☐ renta socjalna

☐ renta z tytułu niezdolności do pracy

☐ zasiłek MOPS

☐ zasiłek dla bezrobotnych

☐ jestem na utrzymaniu rodziny

☐ inne (jakie?)

4.9. JAK OCENIA PAN/PANI SWOJĄ SYTUACJĘ FINANSOWĄ?

.....

.....

.....

5. Niepełnosprawność

5.1. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ osoba niewidoma lub słabowidząca
- ☐ osoba niesłysząca lub słabosłysząca
- ☐ osoba niesłysząca, wymagająca tłumacza języka migowego
- ☐ osoba głuchoniewidoma
- ☐ osoba z uszkodzeniem narządu ruchu
- ☐ osoba z uszkodzeniem narządu ruchu, poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych
- ☐ osoba z epilepsją
- ☐ osoba ze schorzeniem psychicznym
- ☐ osoba z niepełnosprawnością intelektualną
- ☐ osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym
- ☐ inny, *jaki?*

5.2. JAKI JEST PANA/PANI STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ lekki (w nazewnictwie ZUS – częściowa niezdolność do pracy)
- ☐ umiarkowany (w nazewnictwie ZUS – całkowita niezdolność do pracy)
- ☐ znaczny (w nazewnictwie ZUS – całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji)

5.3. INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(np. rodzaj schorzenia, czas trwania niepełnosprawności – nabyta, wrodzona itp.)

.....

.....

.....

5.4. CZY MA PAN/PANI TRUDNOŚCI WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI?

- podczas wykonywania czynności domowych (*jakie?*)
-
-
- przy załatwianiu spraw w urzędach, ośrodkach zdrowia itd. (*jakie?*)
-
-
- w kontaktach z innymi ludźmi – rodzina, znajomi (*jakie?*)
- w korzystaniu ze środków lokomocji (*jakie?*)
- w wykonywaniu pracy zawodowej (*jakie?*)
-
-
- w nauce (*jakie?*)
-
-
- inne (*jakie?*)
-
-

5.5. SPRZĘT REHABILITACYJNY/KOMPENSACYJNY

Czy wykorzystuje Pan/Pani sprzęt rehabilitacyjny/kompensacyjny?

☐ nie (przejdźcie do punktu 0 – Proponowany zakres wsparcia)

☐ tak

Jakiego rodzaju sprzęt rehabilitacyjny/kompensacyjny Pan/Pani wykorzystuje?

☐ proteza

☐ aparat ortopedyczny

☐ kule

☐ wózek inwalidzki - ręczny/elektryczny

☐ aparat słuchowy

☐ system fm

☐ sprzęt wspomagający widzenie (lupa, lupa elektroniczna, powiększalnik)

☐ szkła korekcyjne

☐ biała laska

☐ oprzyrządowanie brajlowskie

☐ inny, (jaki?)

Czy posiadany sprzęt rehabilitacyjny/pomocniczy jest wystarczający?

☐ nie, dlaczego? *Jakie są obecne potrzeby w tym zakresie?*

.....

.....

☐ tak

Czy posiadanie dodatkowego sprzętu rehabilitacyjnego/kompensacyjnego mogłoby pomóc w podjęciu aktywności (społecznej, zawodowej)?

☐ nie

☐ tak

☐ nie dotyczy

Jeśli tak, to w jaki sposób?

.....

Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat udogodnień sprzętowych związanych z Pana/Pani rodzajem niepełnosprawności?

☐ nie mam wiedzy

☐ wiedza umiarkowana

☐ wiedza dobra

☐ wiedza bardzo dobra

Proszę krótko uzasadnić wybraną odpowiedź

.....

.....

Jak ocenia Pan/Pani swoje wiedzę dotyczącą sposobu ubiegania się o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego/kompensacyjnego?

☐ nie mam wiedzy

☐ wiedza umiarkowana

☐ wiedza dobra

☐ wiedza bardzo dobra

Proszę krótko uzasadnić wybraną odpowiedź

.....

.....

Czy chciałby Pan/Pani dodać jeszcze jakieś informacje na temat Pana/Pani potrzeb w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego/kompensacyjnego. Jakież?

.....

.....

6. Proponowany zakres wsparcia

6.1. PROBLEMY I POTRZEBY

OBSZAR POTRZEB	PROBLEMY	POTRZEBY
Edukacyjne		
Zawodowe		
Społeczne i rodzinne		
Wynikające z niepełnosprawności		

6.2. PROPONOWANE DZIAŁANIA:

Osoba realizująca (np. trener pracy, doradca zawodowy, psycholog)	Zakres działania

Notatki

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby prowadzącej diagnozę

.....

Podpis beneficjenta

Opinia diagnosty

.....