

DIAGNOZA POTRZEB / WYWIAD WSTĘPNY – wzór

I. INFORMACJE OGÓLNE

Imię:.....

Nazwisko:.....

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Miejsce zamieszkania:

Data urodzenia:

PESEL:

II. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

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?*

2. INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

.....

.....

.....

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

- podczas wykonywania czynności domowych (jakie?)

.....

.....

- w korzystaniu ze środków lokomocji (jakie?)

.....

.....

- przy załatwianiu spraw w urzędach, ośrodkach zdrowia itd. (jakie?)

.....

.....

- w kontaktach z innymi ludźmi – rodzina, znajomi (jakie?)

.....

.....

- w nauce (jakie?)

.....

- w wykonywaniu pracy zawodowej (jakie?)

.....

.....

4. CZY BRAŁ/A PAN/I UDZIAŁ W PROGRAMIE REHABILITACJI?

☐ tak

☐ nie

5. SPRZĘT REHABILITACYJNY/KOMPENSACYJNY

Czy wykorzystuje Pan/Pani sprzęt rehabilitacyjny/kompensacyjny?

☐ nie (*przejdźcie do obszaru III – Sytuacja rodzinna*)

☐ 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?

☐ tak

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

.....

.....

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

☐ nie

☐ tak

☐ nie dotyczy

III. SYTUACJA RODZINNA

1. KTO WSPIERA PANA/PANIĄ W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU?

☐ rodzice

☐ rodzeństwo

☐ współmałżonek

☐ dzieci

☐ pracownicy instytucji

☐ inne osoby, *jakie?*

☐ nikt mnie nie wspiera (*przejdźcie do obszaru IV aktywność społeczna*)

2. NA CZYM POLAGA TO WSPARCIE?

.....

.....

.....

IV. AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA

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

☐ nie

☐ tak, *jakie?*:

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

☐ nie

☐ tak, *w jaki sposób?*:

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

☐ nie

☐ tak, *jakich?*

4. CZY JEST PAN/PANI CZŁONKIEM ORGANIZACJI/STOWARZYSZEŃ/GRUP SAMOPOMOCOWYCH/GRUP WSPARCIA?

☐ nie

☐ tak, *jakich?*

5. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI ZWIĘKSZYĆ SWOJĄ AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNĄ?

☐ tak

☐ nie

☐ nie wiem

6. W JAKICH FORMACH SPĘDZANIA CZASU CHCIAŁBY/ŁABY PAN/PANI BRAĆ UDZIAŁ, GDYBY DOSTĘP DO NICH BYŁ BEZPŁATNY?

☐ teatr, opera

☐ kino

☐ wystawy/muzea/galerie

☐ koncerty

- ☐ kółka zainteresowań, *jakie?*.....
- ☐ turystyka, wycieczki
- ☐ zajęcia sportowe
- ☐ grupa wsparcia
- ☐ inne, *jakie?*.....
- ☐ nie wiem

7. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI ZAANGAŻOWAĆ SIĘ W DZIAŁANIA WOŁONTARYSTYCZNE?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie wiem

8. JAKIE MA PAN/PANI PROBLEMY/TRUDNOŚCI ZWIĄZANE Z AKTYWNOŚCIĄ SPOŁECZNĄ?

.....

.....

.....

.....

9. CO MOGŁOBY PANU/PANI POMÓC W ZWIĘKSZENIU UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM?

- ☐ wsparcie w określeniu moich zainteresowań „*co mogę robić*”?
- ☐ informacje na temat dostępnych form aktywności społecznej
- ☐ pomoc w znalezieniu interesujących mnie form aktywności społecznej
- ☐ wsparcie w nawiązaniu kontaktu z organizacjami/instytucjami działającymi na polu społecznym
(np. stowarzyszenia, grupy samopomocowe, kółka zainteresowań itp.)
- ☐ pomoc w załatwieniu formalności w urzędach/innych instytucjach
- ☐ pomoc w nauce wykonywania czynności w domu
- ☐ motywowanie do działania
- ☐ pomoc w organizacji czasu wolnego

- ☐ wsparcie w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi
- ☐ pomoc w wyjściu z domu i przemieszaniu się poza nim - asystent
- ☐ treningi umiejętności społecznych (np. asertywność, komunikacja)
- ☐ wsparcie psychologa w radzeniu sobie z trudną sytuacją osobistą
- ☐ dostęp do Internetu
- ☐ specjalistyczne oprogramowanie komputerowe
- ☐ sprzęt kompensacyjny przystosowany do mojej niepełnosprawności
- ☐ pomoc w przekonaniu mojej rodziny do tego, że mogę być bardziej aktywny/a
- ☐ inne, *jakie?*.....

V. WYKSZTAŁCENIE

1. JAKIE MA PAN/PANI WYKSZTAŁCENIE?

- ☐ podstawowe
- ☐ gimnazjalne
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ średnie zawodowe
- ☐ policealne
- ☐ licencjat
- ☐ wyższe
- ☐ studia podyplomowe/doktorat
- ☐ inne, (*jakie?*):

2. JAKIE SZKOŁY PAN/PANI UKOŃCZYŁ/A?

rok ukończenia	nazwa szkoły	zawód wyuczony/specjalizacja

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

rok ukończenia	czas trwania	tytuł szkolenia

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

☐ tak

☐ nie, *dlaczego?*

.....

5. CZY MYŚLI PAN/PANI O PRZEKWALIFIKOWANIU SIĘ?

☐ tak

☐ nie, *dlaczego?*

.....

6. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI NABYĆ DODATKOWE KWALIFIKACJE/UMIEJĘTNOŚCI?

☐ tak, *jakie?*:.....

.....

☐ nie

VI. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

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

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

2. CZY UCZESTNICZYŁ PAN/PANI KIEDYKOLWIEK W?

- ☐ Warsztacie Terapii Zajęciowej
- ☐ Zakładzie Aktywności Zawodowej

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

Okres zatrudnienia	pracodawca	stanowisko	zakres obowiązków

4. CZY CHCIAŁBY PAN/PANI W NAJBLIŻSZYM CZASIE PODJĄĆ PRACĘ?

- ☐ tak, *jaką (stanowisko, forma świadczenia pracy, zakres czynności)?*

.....

.....

- ☐ nie, *dlaczego?*

.....

.....

VII. PROPONOWANY ZAKRES WSPARCIA

1. PROBLEMY I POTRZEBY

OBSZAR POTRZEB	PROBLEMY	POTRZEBY
wynikające z niepełnosprawności		
rodzinne		
społeczne		
edukacyjne		
zawodowe		

2. PROPONOWANE DZIAŁANIA:

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

.....
Podpis osoby prowadzącej

.....
Podpis beneficjenta

.....
Data spotkania