**„Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego”**

**Arkusz diagnostyczny**

1. Imię i nazwisko: …………………………………………...................................................………….......…………..
2. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1) | dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; | | | | | | | | |  |
|  | stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa), | | | | | | | | |  |
| 2) | dysfunkcja narządu wzroku, |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | zaburzenia psychiczne, |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) | dysfunkcje o podłożu neurologicznym, |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) | dysfunkcja narządu mowy i słuchu, |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 6) | pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne,  inne, jakie ……………………………… |  | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną: ………………………………….. | | | |  |
| 5. | Czy porusza się Pan(i): |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **W domu** | 1) samodzielnie | 2) z pomocą sprzętów | 3) nie porusza się samodzielnie, ani |  |
|  | ortopedycznych itp. | z pomocą sprzętów ortopedycznych |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Poza miejscem** | 1) samodzielnie | 2) z pomocą sprzętów | 3) nie porusza się samodzielnie, ani |  |
|  | **zamieszkania** | ortopedycznych itp. | z pomocą sprzętów ortopedycznych |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6. | Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie – **Tak/Nie** | | | |  |
| 7. | Jeśli tak to jakiego typu wsparcie? ……………………………………………………………………………………… | | | |  |

**I. ŚRODOWISKO:**

1. Z kim Pan(i) mieszka? …………………………………………………………………………………………………..
2. W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan(i) wsparcia?

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

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

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

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

1. Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania?

*……………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. Czy może Pan(i) liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:

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

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

* 1. **SPĘDZANIE CZASU:**

1. Proszę opisać w paru zdaniach jak wygląda rozkład Pan(i) dnia:

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

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

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

1. Jakie ma Pan(i) zainteresowania, umiejętności, co Pan(i) lubi robić?

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

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

1. Gdyby miał(a) Pan(i) jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan(i) spędził(a)?

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

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

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

**III. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak/Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych:

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

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

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie diagnostycznej dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i realizacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o*

*Ochronie Danych Osobowych).*

Data:

Podpis:

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