Załącznik nr 3

**KWESTIONARIUSZ INDYWIDUALNEJ OCENY KANDYDATA NA UCZESTNIKA Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”**

**dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026**

KWESTIONARIUSZ OBEJMUJE OCENĘ INDYWIDUALNYCH POTRZEB I POZIOMU SAMODZIELNOŚCI ORAZ MOŻLIWOŚCI UZYSKANIA POMOCY OD INNYCH

1. KWESTIONARIUSZ wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Kwestionariusz jest niezbędny przy ubieganiu się o wsparcie Asystenta, a uzyskane odpowiedzi pomogą̨ nam przy ocenie/weryfikacji indywidualnej sytuacji i kwalifikacji Uczestników do Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026.

**I. Dane osoby z niepełnosprawnością**

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………….…….
2. Wiek: ………………………………………………………………..………..….
3. Adres zamieszkania: ……………………………………………………….
4. Rodzaj niepełnosprawności:

☐ ruchowa ☐ sensoryczna ☐ intelektualna ☐ psychiczna ☐ sprzężona

1. Stopień niepełnosprawności:

☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny, w tym znaczny sprzężony ☐

☐ Zaliczona/y do osób niepełnosprawnych łącznie ze wskazaniami w pkt. 7 i 8 orzeczenia

1. Czy posiadasz WAŻNE orzeczenie o niepełnosprawności?

☐ tak ☐ nie

1. Czy mieszkasz:

☐ samodzielnie ☐ z rodziną ☐ z opiekunem ☐ z innymi osobami

**II. Stan zdrowia – samoocena**

1. Czy Twój stan zdrowia jest:

☐ stabilny ☐ zmienny ☐ pogarszający się

1. Czy występują choroby przewlekłe lub schorzenia wpływające na codzienne funkcjonowanie?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, jakie: ………………………………………………..

1. Czy wymagasz stałego wsparcia drugiej osoby?

☐ tak ☐ okresowo ☐ nie wymagam

**III. Funkcjonowanie – poszczególne płaszczyzny**

(Ocena wykonywania codziennych czynności)

**1. Samoobsługa**

Zaznacz, w jakim zakresie wykonujesz czynności związane z samoobsługą:

| **Czynność** | **Samodzielnie** | **Częściowa pomoc** | **Pełna pomoc** |
| --- | --- | --- | --- |
| Mycie się i higiena osobista | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ubieranie się | ☐ | ☐ | ☐ |
| Przygotowanie i spożywanie posiłków | ☐ | ☐ | ☐ |
| Przyjmowanie leków | ☐ | ☐ | ☐ |
| Korzystanie z toalety | ☐ | ☐ | ☐ |

* Opis trudności (jeśli występują):

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

**2. Poruszanie się w środowisku**

* 1. Czy poruszasz się:

☐ samodzielnie bez sprzętu

☐ z użyciem sprzętu pomocniczego (jakiego?): ……………………

☐ z pomocą drugiej osoby

* 1. Czy masz trudności w:
     + poruszaniu się po mieszkaniu

 ☐ tak ☐ nie

* + - wychodzeniu z domu

☐ tak ☐ nie

* + - korzystaniu z transportu publicznego

 ☐ tak ☐ nie

* 1. Czy bariery architektoniczne ograniczają Twoje funkcjonowanie?

☐ tak ☐ nie

Opis: …………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….………………………

**3. Prowadzenie gospodarstwa domowego** (Ocena zdolności do samodzielnego życia)

Zaznacz, w jakim zakresie wykonujesz czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego :

| **Czynność** | **Samodzielnie** | **Częściowa pomoc** | **Pełna pomoc** |
| --- | --- | --- | --- |
| Sprzątanie | ☐ | ☐ | ☐ |
| Zakupy | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pranie | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gotowanie | ☐ | ☐ | ☐ |
| Załatwianie spraw urzędowych | ☐ | ☐ | ☐ |

Największe trudności sprawia/sprawiają:

………………………………………………………………………………………………………………………..………………….

**4. Pełnienie ról społecznych**

1. Czy utrzymujesz regularne kontakty społeczne (rodzina, znajomi)?

☐ tak ☐ w ograniczonym stopniu ☐ nie utrzymuję kontaktów

1. Czy uczestniczysz w życiu społecznym/kulturalnym?

☐ tak ☐ rzadko ☐ nie uczestniczę

1. Czy niepełnosprawność ogranicza Twoją samodzielność w kontaktach społecznych?

☐ tak ☐ nie

W jakim zakresie asystent mógłby pomóc:

………………………………………………………………………………………………………………………………….………….

**IV. Sytuacja zawodowa osoby z niepełnosprawnością**

1. Aktualny status zawodowy (zaznacz właściwe):

☐ osoba pracująca (umowa o pracę / umowa cywilnoprawna / działalność gospodarcza)

☐ osoba ucząca się / studiująca

☐ osoba bezrobotna zarejestrowana

☐ osoba bierna zawodowo

☐ emeryt / rencista

1. Czy posiadana niepełnosprawność wpływa na możliwość wykonywania pracy:

Zaznacz w jakim zakresie posiadana niepełnosprawność wpływa na zatrudnienie:

| **Zakres** | **Tak** | **Częściowo** | **Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
| podjęcia zatrudnienia | ☐ | ☐ | ☐ |
| utrzymania pracy | ☐ | ☐ | ☐ |
| wykonywania obowiązków  zawodowych | ☐ | ☐ | ☐ |

Opis potrzeb:…………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Ocena możliwości uzyskania pomocy od innych osób.**

**Mieszkam**

* Sam/sama
  + w domu jednorodzinnym/wielorodzinnym
  + w mieszkaniu
* Z rodziną /inną osobą/osobami
  + w domu jednorodzinnym/wielorodzinnym
  + w mieszkaniu

Ile dorosłych osób zamieszkuje ………………………….. ile dzieci…………….

**Mam możliwość skorzystania z pomocy innych** **Tak  Nie **

* Tak często jak potrzebuję
* Sporadycznie
* Korzystam z opłacanej samodzielnie pomocy innych osób
* Nie mam możliwości

**VI. Uzasadnienie potrzeby wsparcia asystenta**

Opisz, dlaczego potrzebujesz asystenta osoby niepełnosprawnej oraz w jakich czynnościach wsparcie jest niezbędne:

……………………………………………………………………………………………………………….…………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**VII. Oświadczenie**

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe informacje są prawdziwe.

Data: …………………………. Podpis: …….…………….……………………