

AUTODIAGNOZA POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ do Pr. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

1. Status na rynku pracy:

- osoba aktywna zawodowo
- osoba nieaktywna zawodowo
- nie dotyczy

2. W przypadku osób aktywnych zawodowo proszę o wskazanie:

Miejsca oraz siedziby pracy:

Godzin pracy (godziny stałe/system zmianowy)

3. Poruszam się/mój podopieczny porusza się:

- samodzielnie
- z pomocą sprzętów ortopedycznych:
- wózek
- balkonik
- kule/laska
- inne, jakie?
- osoba wyłącznie leżąca

4. Komunikuję się/mój podopieczny komunikuje się z otoczeniem:

- werbalnie
- niewerbalnie:
- za pomocą języka migowego
- za pomocą specjalistycznych urządzeń/technologii. Jakich?
- inne. Jakich?
- brak kontaktu z otoczeniem

5. Jestem/mój podopieczny jest osobą niedowidzącą/niewidomą:

- tak

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025



nie

6. Jestem/mój podopieczny jest osobą niedosłyszącą/niesłyszącą:

tak

nie

7. W codziennym życiu mam /mój podopieczny ma problem z:

przygotowywaniem posiłków

ubieraniem

korzystaniem z toalety

utrzymaniem higieny osobistej

sprzątaniem

robieniem zakupów

wyjściem z domu

inne, jakie?

8. Jestem/mój podopieczny jest osobą samotnie zamieszkującą

tak

nie

9. Jestem/mój podopieczny jest osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

tak

nie

10. Jestem/mój podopieczny jest osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich

tak

nie

11. Zamieszkuję/mój podopieczny zamieszkuje wraz z inną osobą z niepełnosprawnością

tak

nie

12. W 2025r. ubiegam się/mój podopieczny ubiega się o przyznanie usług asystencji osobistej z innych programów Ministra:

tak

nie

Jeżeli TAK, należy wpisać nazwę programu, przyznany roczny limit godzin tych usług oraz jednostkę, która przyznała te usługi

.....
.....

13. Ubiegam się/mój podopieczny ubiega się o przyznanie w 2025r. usług opiekuńczych:

tak

nie

Jeżeli TAK, proszę o wskazanie rodzaju usług oraz limitu godzin

.....

14. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Warsztatu Terapii Zajęciowej

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z WTZ?

tak

nie

15. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Zakładu Aktywności Zawodowej

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z ZAZ?

tak

nie

16. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Dziennego Domu Pobytu

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

.....

Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z DDP?

tak

nie

17. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do Środowiskowego Domu Samopomocy

tak

nie

Jeżeli TAK,

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025



.....
Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z ŚDS?

tak nie

18. Uczęszczam/mój podopieczny uczęszcza do przedszkola/szkoły/uczelni

tak nie

Jeżeli TAK,
należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....
Czy zachodzi konieczność dowozu/odbioru przez asystenta do/z powyższej placówki?

tak nie

19. Proszę wskazać w jakie miejsca najczęściej Pan/Pani/Podopieczny wychodzi lub chciałby/a wychodzić:

.....
20. Proszę wskazać jakie sprawy zwykle Pan/Pani/Podopieczny załatwia lub chciałby/a załatwiać:

.....
21. Proszę wskazać jak często Pan/Pani/Podopieczny korzysta z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy)

.....
22. Informacje dodatkowe:

.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika programu/przedstawiciela ustawowego



Zadanie finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

