

**KWESTIONARIUSZ**  
**INDYWIDUALNEJ SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ wraz**  
**z AUTODIAGNOZĄ POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**  
**do Pr. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”**  
**dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

*Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Niedźwiedziu zastrzega sobie prawo weryfikacji danych zawartych w dokumentacji zgłoszeniowej zgodnie ze stanem faktycznym. Weryfikacja zostanie przeprowadzona w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub na podstawie danych uzyskanych z innych instytucji*

**Dane osoby z niepełnosprawnością**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Imię i nazwisko             |  |
| Adres                       |  |
| Stopień niepełnosprawności  |  |
| Niepełnosprawność sprzężona |  |

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

- ☐ tak ☐ nie

**Jeżeli TAK,**

należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

**4. Poruszam się/mój podopieczny porusza się:**

- ☐ samodzielnie
- ☐ z pomocą sprzętów ortopedycznych, jakich?: .....
- ☐ osoba wyłącznie leżąca

**5. Komunikuję się/mój podopieczny komunikuje się z otoczeniem:**

- ☐ werbalnie
- ☐ niewerbalnie, jak?: .....
- ☐ brak kontaktu z otoczeniem

**6. Jestem/mój podopieczny jest osobą niedowidzącą/niewidomą:**

- ☐ tak
- ☐ nie

**7. Jestem/mój podopieczny jest osobą niedosłyszącą/niesłyszącą:**

- ☐ tak ☐ nie

**8. Jestem/mój podopieczny jest osobą zamieszkującą wyłącznie z osobami zatrudnionymi**

- ☐ tak ☐ nie

*Na potrzeby realizacji programu jako zatrudnienie należy rozumieć umowę o pracę w wymiarze pow. 1/2 etatu oraz prowadzenie działalności gospodarczej.*

**9. Jestem/mój podopieczny jest osobą zamieszkującą wyłącznie z osobą chorą/osobami chorymi lub osobą/osobami w wieku powyżej 68 lat.**

- ☐ tak ☐ nie

**10. W 2026r. korzystam/ubiegam się/mój podopieczny korzysta/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

.....

**11. W 2026r. korzystam/ubiegam się/mój podopieczny korzysta/ubiega się o przyznanie usług opieki wytnieniowej w ramach innych programów:**

- ☐ tak ☐ nie

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

.....

**12. W 2026r. korzystam/ubiegam się /mój podopieczny korzysta/ubiega się o przyznanie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych:**

☐ tak ☐ nie

**Jeżeli TAK,** proszę o wskazanie rodzaju usług oraz limitu godzin

.....

**13. Korzystam/mój podopieczny korzysta z innych form wsparcia, np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna, itp.):**

☐ tak ☐ nie

**Jeżeli TAK,** należy wpisać formę wsparcia

.....

**14. Jestem/mój podopieczny jest uczestnikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej/ Środowiskowego Domu Samopomocy lub innego ośrodka wsparcia**

☐ tak ☐ nie

**Jeżeli TAK,**  
należy wpisać adres oraz dzienną liczbę godzin uczestnictwa

.....

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

.....

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

.....

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

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis uczestnika programu/przedstawiciela ustawowego