



KARTA OCENY INDYWIDUALNEJ SYTUACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Objaśnienia:

W kolumnach 4, 5, 6 należy podkreślić właściwą odpowiedź w odniesieniu do aktualnej sytuacji życiowej osoby z niepełnosprawnością.

Wsparcie towarzyszące oznacza, że osoba potrzebuje jedynie towarzyszenia, asekuracji lub nadzoru. Może np. wykonać czynność sama pod warunkiem obecności kogoś obok lub użycia prostej technologii wspomagającej.

Wsparcie częściowe – osoba wymaga pomocy przy niektórych elementach czynności. Część czynności jest w stanie zrobić sama, ale pewne etapy musi wykonać za nią ktoś inny albo z użyciem technologii.

Wsparcie pełne – oznacza konieczność całkowitego wyręczenia osoby w wykonywaniu danej czynności. Osoba sama nie wykonuje tej czynności wcale – musi zrobić to za nią inna osoba (lub urządzenie kompensujące funkcje organizmu).

Wsparcie szczególne – oznacza konieczność zapewnienia wsparcia specjalistycznego lub nadzwyczajnego. Osoba wymaga nie tylko pełnego wyręczenia, ale też specjalnych rozwiązań (np. specjalistycznego sprzętu, niestandardowych metod) lub stałej obecności innych osób ze względu na zagrożenie (np. autoagresja, napady).

Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko: , data urodzenia
2. Adres zamieszkania
3. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności / z niepełnosprawnością sprzężoną *

Lp.	Czynność związana z obszarami codziennego funkcjonowania	Opis czynności związanej z obszarami codziennego funkcjonowania	Zdolność do samodzielnego wykonania czynności związanej z obszarami codziennego funkcjonowania	Rodzaj wymaganego wsparcia	Częstotliwość wymaganego wsparcia
1.	MYCIE CAŁEGO CIAŁA	Mycie ciała, włosów, kąpiel, korzystanie z wanny lub prysznic, obcinanie paznokci, czesanie.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
2.	MYCIE I PIELEGNACJA RĄK I TWARZY	Mycie rąk i twarzy, toaleta jamy ustnej, golenie, wykonanie makijażu.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze

3.	KORZYSTANIE Z TOALETY	Dojście do toalety i powrót, korzystanie z toalety, utrzymanie higieny, ubranie przed i po skorzystaniu z toalety.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
4.	UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	Zakładanie i zdejmowanie ubrania i obuwia, dostosowania ubioru do aktualnie panujących warunków pogodowych, zapinanie guzików, zakładanie i wiązanie butów.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
5.	ZMIANA POZYCJI CIAŁA	Zmiana pozycji swojego ciała w przestrzeni, w tym zdolności do przyjmowania i powrotu do pozycji stojącej, siedzącej lub leżącej	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
6.	JEDZENIE I PICIE	Zdolność do rozpoznawania i sięgania po serwowane jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, posługiwanie się sztućcami, rozdrabnianie, krojenie, otwierania butelek i puszek.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
7.	PORUSZANIE SIĘ W MIESZKANIU/DOMU	Poruszanie się w obrębie mieszkania lub domu, z uwzględnieniem wchodzenia i schodzenia ze schodów, docierania do wszystkich pomieszczeń w zamieszkiwanym mieszkaniu lub domu.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
8.	PORUSZANIE SIĘ POZA MIESZKANIEM/ DOMEM	Poruszanie się w mieszkaniu lub domu innej osoby, budynkach użyteczności publicznej, pokonywanie barier architektonicznych, korzystanie ze środków komunikacyjnych.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
9.	DBANIE O MIESZKANIE/DOM	Sprzątanie mieszkania/domu przy użyciu sprzętu gospodarstwa domowego, mycie okien, podłóg, segregowanie i wynoszenie śmieci, pranie i suszenie odzieży oraz korzystania z pralki, suszarki lub żelazka, ogrzewanie domu (palenie w piecu, przynoszenie opału).	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
10.	ROBIENIE ZAKUPÓW	Wybieranie, nabywanie i przewożenie/przynoszenie artykułów potrzebnych w codziennym funkcjonowaniu, takich jak żywność, napoje, odzież, środki czyszczące i artykuły gospodarstwa domowego oraz wypakowanie ich w odpowiednie miejsca.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
11.	PRZYGOTOWYWANIE POSILKÓW	Przygotowanie i podawanie do spożycia posiłków prostych, łatwych, czyli o małej liczbie składników, zwłaszcza ciepłych, obsługa urządzeń niezbędnych do gotowania.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze

12.	STOSOWANIE ZALECANYCH ŚRODKÓW TERAPEUTYCZNYCH	Podjęcie czynności związanych z korzystaniem z usług specjalistów i przestrzeganie wydawanych zaleceń, przyjmowanie leków z zachowaniem właściwej metody podawania i dawkowania oraz stosowania metod terapeutycznych.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
13.	KORZYSTANIE Z URZĄDZEŃ I TECHNOLOGII INFORMACYJNO- KOMUNIKACYJNYCH	Korzystanie z technologii wykorzystywanych do rozwiązywania problemów, ułatwienia codziennego funkcjonowania, usprawnienia pracy albo edukacji, w tym w umiejętności korzystania z radia, telewizora, komputera, Internetu, telefonu komórkowego.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
14.	DOKONYWANIE TRANZAKCJI FINANSOWYCH	Dokonywanie transakcji finansowych gotówkowych lub bezgotówkowych, kończących się kupnem lub sprzedażą towaru lub usługi, rozumienie wartości pieniądza i cen produktów, racjonalne gospodarowanie pieniędzmi.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
15.	PLANOWANIE I PODEJMOWANIE DECYZJI	Realizowanie własnych wyborów i decyzji, przeanalizowanie problemu, identyfikacja dostępnych opcji działania, wybór najlepszej z tych opcji oraz zdolność do oceny skutków dokonanego wyboru i wywiązywania się z zaciągniętych zobowiązań, planowanie budżetu domowego.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
16.	PRZEKAZYWANIE INFORMACJI	Logiczne, zwarte i zrozumiałe przekazanie innym osobom posiadanych informacji za pomocą dowolnego kanału komunikacji, w szczególności przez mowę, gesty lub pismo, w tym również informacji dotyczących własnych potrzeb, dolegliwości lub samopoczucia.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
17.	NAWIĄZYWANIE I UTRZYMYWANIE KONTAKTÓW INTERPERSONALNYCH	Inicjowanie i nawiązywanie kontaktów z osobami wcześniej nieznanymi, w sposób fizyczny lub za pośrednictwem kanałów teleinformatycznych, utrzymywanie kontaktów z osobami bliskimi, np. rodzina, przyjaciele lub bliscy znajomi, w szczególności występowanie zainteresowania i potrzeby utrzymywania relacji z bliskimi, komunikowania się lub widywania.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze

18.	ZAŁATWIANIE SPRAW URZĘDOWYCH	Korzystanie z usług publicznych, załatwienia spraw w urzędach lub instytucjach, w tym zdolność osoby do złożenia odpowiedniego wniosku papierowego bądź przez Internet.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
19.	REKREACJA I ORGANIZACJA CZASU WOLNEGO	Zaangażowanie się w aktywności związane z dowolną formą spędzania wolnego czasu, np. udział w wydarzeniach kulturalnych lub sportowych, wizyty w placówkach kultury, podróżowanie lub zwiedzanie, rozwijanie hobby oraz uczestnictwo w kołach zainteresowań.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze
20.	REALIZOWANIE DZIENNEGO ROZKŁADU ZAJĘĆ	Podejmowanie działań związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków.	TAK lub NIE	Wsparcie towarzyszące Wsparcie częściowe Wsparcie pełne Wsparcie szczególne	Czasami Często Bardzo często Zawsze

Ponadto, proszę o wskazanie:

- ☐ jestem osobą z niepełnosprawnością samotnie zamieszkałą i gospodarującą;
- ☐ jestem osobą z niepełnosprawnością wspólnie zamieszkującą i gospodarującą;
- ☐ nie korzystam ze wsparcia innych osób;
- ☐ mam możliwość wsparcia rodziny oraz innych osób.

Ocenę indywidualnej sytuacji uczestnika przeprowadził Zespół w składzie:

1.
2.
3.

Nie przyznano / przyznano usługi asystencji osobistej *

*** - właściwe zaznaczyć**

Miejscowość, dnia

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....
(Podpis Realizatora Programu)

*Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
jest w całości finansowany ze środków z Funduszu Solidarnościowego*