



Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

AUTODIAGNOZA POTRZEB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ORAZ KATALOGU RÓL SPOŁECZNYCH, KTÓRE OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ PEŁNI LUB CHCIAŁABY PEŁNIĆ

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:

.....

Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością:

.....

1. Poruszam się/Mój podopieczny/-a porusza się:

- Samodzielnie
- Z pomocą sprzętów ortopedycznych:
 - Wózek inwalidzki
 - Balkonik
 - Kule/Laska
 - Inne, jakie?
- Osoba wyłącznie leżąca

2. Komunikuje się/Mój podopieczny/-a komunikuje się z otoczeniem:

- Werbalnie
- Niewerbalnie:
 - za pomocą języka migowego
 - za pomocą specjalistycznych urządzeń/technologii. Jakich?
 - inne. Jakie?
- Brak kontaktu z otoczeniem

3. Jestem/Mój podopieczny/-a jest osobą niedowidzącą/niewidomą:

- Tak
- Nie

4. Jestem/Mój podopieczny/-a jest osobą niedosłyszącą/niysłyszającą:

- Tak
- Nie

5. W codziennym życiu mam problem/mój podopieczny/-a ma problem z:

- przygotowaniem posiłków
- ubieraniem
- korzystaniem z toalety
- utrzymaniem higieny osobistej

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





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

- sprzątniem
- robieniem zakupów
- wyjściem z domu
- inne, jakie?
-

6. Status na rynku pracy:

- Osoba aktywna zawodowo
- Osoba nieaktywna zawodowo
- Nie dotyczy

7. W przypadku osób aktywnych zawodowych proszę o wskazanie miejsca pracy oraz siedziby oraz godzin pracy (stałe godziny/system zmianowy).

.....

.....

8. Ubiegam się/mój podopieczny/-a ubiega się o przyznanie usług asystencji osobistej w 2025 r. w ramach innych programów Ministra:

- Tak
- Nie

Jeśli Tak, należy wskazać nazwę programu, przyznany roczny limit godzin tych usług oraz jednostkę, która przyznała te usługi

.....

.....

9. Ubiegam się/mój podopieczny/-a ubiega się o przyznanie w 2025 r. usług opiekuńczych (np. z Ośrodka Pomocy Społecznej):

- Tak
- Nie

Jeżeli Tak, proszę o wskazanie rodzaju usług oraz limitu godzin

.....

.....

10. Uczęszczam/Mój podopieczny/-a uczęszcza do Warsztatu Terapii Zajęciowej:

- Tak
- Nie

Jeżeli 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





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

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

TAK NIE

11. Uczęszczam/Mój podopieczny uczęszcza do Zakładu Aktywności Zawodowej:

Tak

Nie

Jeżeli TAK:

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

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

TAK NIE

12. Uczęszczam/Mój podopieczny uczęszcza do Dziennego Domu Pobytu:

Tak

Nie

Jeżeli TAK:

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

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

TAK NIE

13. Uczęszczam/Mój podopieczny uczęszcza do Środowiskowego Domu Samopomocy:

Tak

Nie

Jeżeli TAK:

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

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

TAK NIE





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

14. Uczęszczęm/Mój podopieczny uczęszcza do przedszkola/szkoły/uczelni:

- Tak
 Nie

Jeżeli TAK:

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

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

- TAK NIE

15. Proszę opisać w jakie miejsca najczęściej Pan/Pani/Podopieczny/-a wychodzi lub chciałby/-ba wychodzić:

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

16. Proszę opisać jakie Pan/Pani/Podopieczny/-a sprawy zwykle załatwia lub chciałby/-ba załatwiać:

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

17. Proszę opisać jak często Pan/Pani/Podopieczny/-a korzysta lub chciałby/-ba korzystać z dóbr kultury (np. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy)

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

Jeżeli ma Pan/Pani dodatkowe wnioski/informacje/uwagi do ankiety proszę opisać je poniżej:

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

.....
Miejscowość i 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

