

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

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej zastrzega sobie prawo weryfikacji danych zawartych w dokumentacji zgłoszeniowej zgodnie ze stanem faktycznym. Weryfikacja przeprowadzona zostanie w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub na podstawie danych uzyskanych z innych instytucji.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny) oświadczam co następuje:

Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:

.....

Adres zamieszkania osoby z niepełnosprawnością:

.....

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

☐ Samodzielnie

☐ Z pomocą sprzętów ortopedycznych, jakich?

.....

☐ Osoba wyłącznie leżąca

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

☐ Werbalnie

☐ Niewerbalnie, jak?

.....

☐ 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



Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

5. Status osoby z niepełnosprawnością na rynku pracy:

- ☐ Osoba aktywna zawodowo
☐ Osoba nieaktywna zawodowo
☐ Nie dotyczy

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

.....
.....

7. Uczęszczam/Mój podopieczny uczęszcza do przedszkola/szkoły/uczelni:

- ☐ Tak
☐ Nie

Jeżeli TAK:

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

8. Ubiegam się/mój podopieczny/-a ubiega się o przyznanie usług asystencji osobistej w 2026 r. w ramach innych programów:

- ☐ Tak
☐ Nie

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

.....
.....

9. Ubiegam się o przyznanie usług opieki wytchnieniowej w 2026 r. w ramach innych programów:

- ☐ Tak
☐ Nie

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

.....
.....

10. Jestem/ Mój podopieczny jest uczestnikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej/ Środowiskowego Domu Samopomocy/Dziennego Domu Pobytu lub innego ośrodka wsparcia:

- ☐ 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 2026





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Proszę o wskazanie adresu oraz godzin uczestniczenia:

.....
.....

11. Korzystam/Mój podopieczny korzysta z innych form wsparcia, np. nieformalna pomoc sąsiedzka, wolontariat, umowa cywilnoprawna):

☐ Tak

☐ Nie

Jeżeli TAK:

Proszę o wskazanie formy wsparcia:

.....
.....

12. 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.*

13. Korzystam/Mój podopieczny korzysta z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:

☐ Tak

☐ Nie

Jeżeli Tak, proszę o wskazanie rodzaju usług oraz limitu godzin

.....
.....

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

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

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

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





Powiat Limanowski



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

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

.....

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Uczestnika Programu/przedstawiciela ustawowego

