

Formularz oceny sytuacji życiowej i potrzeb osoby z niepełnosprawnością

Program: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

Realizator: PSONI Koło w Tarnowie

Cel: Ocena sytuacji życiowej osoby z niepełnosprawnością w celu oceny potrzeb i kwalifikacji do objęcia usługami asystencji osobistej

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w procesie rekrutacji do Programu.

1. Dane podstawowe

- Imię i nazwisko:
- Adres zamieszkania:
- Ankietę wypełnia:
 - ☐ Osoba z niepełnosprawnością
 - ☐ Opiekun prawny / faktyczny (imię i nazwisko):
.....

2. Zakres potrzeby wsparcia:

Proszę zaznaczyć (X) obszary, w których potrzebna jest pomoc asystenta i w jakim stopniu

	Obszar wsparcia	samodzielnie	niewielka pomoc	duża pomoc	pełna zależność
1	Poruszanie się w domu				
2	Poruszanie się poza domem				
3	Higiena osobista				
4	Ubieranie się				
5	Spożywanie posiłków				
6	Komunikacja/mowa				
7	Organizacja dnia				
8	Sprzątanie mieszkania				
9	Załatwianie spraw (urzędy, placówki medyczne, instytucje, punkty usługowe itp.)				
10	Udział w życiu społecznym (kultura, sport, religia itp.)				
11	Transport/dojazdy z udziałem asystenta				

3. Realne bariery i trudności

Prosimy opisać, co uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie:

- Bariery fizyczne (np. schody, brak windy, brak podjazdu):

.....

- Bariery komunikacyjne (mowa), intelektualne:

.....

- Bariery społeczne lub rodzinne (np. samotność, brak wsparcia rodziny):

.....

4. Sytuacja rodzinna i dostęp do wsparcia

Proszę zaznaczyć odpowiednie

- a) Mam możliwość skorzystania z pomocy innych: ☐ Tak ☐ Nie

☐ Brak takich osób (brak rodziny)

☐ Posiadam rodzinę ale zamieszkuje bardzo daleko i nie ma możliwości pomocy

☐ Zamieszkuję z inną osobą niepełnosprawną, która nie może mi pomóc

☐ Posiadam rodzinę, która zamieszkuje w bliskiej okolicy i mi pomaga

- b) Sytuacja osobista - wiek rodzica/opiekuna (w przypadku osób wspólnie zamieszkujących).

Pytania służą wyłącznie ustaleniu dostępnego wsparcia

☐ Rodzic/opiekun do 60 r.ż

☐ Rodzic/opiekun powyżej 60 r.ż

☐ Rodzic/opiekun powyżej 70 r.ż

☐ Rodzic/opiekun powyżej 80 r.ż

- c) Czy rodzice/opiekunowie są aktywni zawodowo (w przypadku osób wspólnie zamieszkujących)?

- ☐ Nie

- ☐ Tak

- d) Czy aktualnie korzystasz z usług podobnych (usługi opiekuńcze, opieka wytchnieniowa, asystencja)?

- ☐ Nie

- ☐ Tak (jakich?):

e) Czy aktualnie (**rok 2026**) korzystasz z innej formy wsparcia (np. ŚDS, Warsztaty Terapii Zajęciowej, placówka edukacyjna itp.)?

- ☐ Nie
- ☐ Tak (jakich i w jakich dniach i godzinach?):

.....
.....

f) Czy rodzic/opiekun z uwagi na sprawowanie opieki nad Panem/Panią pobiera Świadczenie Pielęgnacyjne, które przysługuje rodzicowi lub opiekunowi rezygnującemu z pracy na rzecz opieki nad osobą niepełnosprawną?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

g) Czy przyznane zostało świadczenie wspierające?

- ☐ Nie
- ☐ Tak

5. Uzasadnienie potrzeby przyznania usług asystenta

.....
.....

6. Preferencje i zakres godzin asysty

1. Preferowana liczba godzin miesięcznie:

- ☐ do 40
- ☐ 41–60
- ☐ powyżej 60 (w miarę dostępnych - środków wymagane uzasadnienie):

.....

2. Preferowane pory dnia:

.....

7. Czy istnieją czynniki ryzyka wpływające na pracę asystenta?

- ☐ Zachowania trudne
- ☐ Trudności komunikacyjne
- ☐ Choroby wymagające szczególnej ostrożności
- ☐ Inne:

Opis / wyjaśnienie:

.....

8. Informacje dodatkowe

Czy istnieją szczególne okoliczności wymagające pilnego wsparcia?

.....

.....

.....

.....

Oświadczenia

- ☐ Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.
- ☐ Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji w PSONI Koło w Tarnowie do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

Data:

.....
Podpis Osoby z niepełnosprawnością
lub opiekuna prawnego