

**Kwestionariusz samooceny**  
**do wniosku osoby ubiegającej się o pobyt w Centrum opiekuńczo-mieszkalnym**  
**w Tłuszczu**

**1. Dane osobowe:**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Data urodzenia: .....
4. Stan cywilny: .....
5. Czy wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną/ma ustalonego pełnomocnika: TAK/NIE  
Jeśli tak proszę o wskazanie:  
Postanowienie Sądu Rejonowego: Syg. Akt . ....  
Pełnomocnictwo wydane przez Notariusza ..... Rep. ....  
Dane opiekuna prawnego/pełnomocnika\* :.....,
6. Dane osoby do kontaktu w sprawie uczestnika: (*imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, nr. tel.*) .....  
.....

**2. Sytuacja rodzinna**

Czy ma Pan/i dzieci?                      **a)** tak                      **b)** nie

Jeśli, tak to w jakim wieku?.....

Z kim Pan/i mieszka (proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie mieszkające i zaznaczyć jaki jest z nimi stopień pokrewieństwa)? .....  
.....

**3. Sytuacja mieszkaniowa**

Czy mieszka Pan/i: w:

**a)** bloku,   **b)** kamienicy,   **c)** domu jednorodzinnym,   **d)** inne: .....

Ile jest pokoi (nie licząc kuchni).....

Na którym piętrze znajduje się mieszkanie? .....

Czy w budynku znajduje się winda?                      **a)** tak                      **b)** nie

Czy w mieszkaniu znajdują się:

- łazienka	a) tak	b) nie
- wc	a) tak	b) nie
- kuchnia	a) tak	b) nie
- bieżąca woda	a) tak	b) nie

Jaki jest rodzaj ogrzewania mieszkania?.....

Czy mieszkanie jest dostosowane do Pana/i niepełnosprawności? Jeśli nie, to jakie zmiany byłyby potrzebne wg Pana/i.?.....

#### 4. Źródło utrzymania i sytuacja materialna.

Z czego utrzymuje się Pan/i i osoby z Panem/nią zamieszkujące (wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, inne źródła)? .....

#### 5. Charakterystyka zdolności do samodzielnej egzystencji.

*Poniżej będą wymienione niektóre czynności życia codziennego. Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pana/i możliwości*

1) myję się przy umywalce:

a) sam(-a)    b) z pomocą    c) ktoś inny mnie myje

2) myję zęby (czyszczę protezę zębową):

a) sam(-a)    b) z pomocą    c) ktoś inny robi to za mnie

3) czeszę się:

a) sam(-a)    b) z pomocą    c) ktoś inny mnie czesze

4) golenie (dotyczy Panów):

a) sam(-a)    b) z pomocą    c) ktoś inny mnie goli

5) korzystam z prysznica:

a) sam(-a)    b) z pomocą    c) w ogóle nie jestem w stanie

6) kąpię się w wannie:

a) sam(-a)    b) z pomocą    c) w ogóle nie jestem w stanie

7) ubieram się i rozbieram:

a) samodzielnie    b) z pomocą innej osoby    c) jestem ubierany i rozbierany przez inną osobę

8) spożywam posiłki:

a) samodzielnie    b) samodzielnie, ale z ograniczeniami (np. jem tylko jedną ręką, nie posługuję się wszystkimi sztućcami itp.)    c) jestem karmiony przez inną osobę  
d) inne.....

9) Kontroluję czynności wydalnicze:

a) tak    b) nie    c) nie zawsze    d) inne, np. używam cewnika, sprzętu stomijnego itp. ....

## 6. Charakterystyka zdolności do poruszania się.

*Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi*

### 1) Poruszam się po mieszkaniu:

- a) samodzielnie,
- b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul, balkoniku, na wózku inwalidzkim, inne - jakie?  
(proszę wskazać rodzaj pomocy) .....
- c) jestem wożony na wózku przez inną osobę,
- d) tylko przy pomocy/asekuracji innej osoby, osób,
- e) w ogóle nie jestem w stanie chodzić po mieszkaniu - jestem osobą leżącą

### 2) Wychodzę z domu:

- a) samodzielnie,
- b) samodzielnie przy pomocy np.: laski, kul itp.,
- c) samodzielnie, ale w towarzystwie innej osoby, osób,
- d) przy pomocy sprzętu (np. na wózku inwalidzkim) i w towarzystwie innej osoby, osób,
- e) opuszczam mieszkanie przy pomocy transportu medycznego,
- e) w ogóle nie opuszczam mieszkania

### 3) Mogę korzystać z publicznego transportu (tramwajów, autobusów):

- a) bez problemów,
- b) z ograniczeniami – jakimi?- .....
- c) w ogóle nie jestem w stanie – dlaczego?

## 7. Charakterystyka zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego

*Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź*

### 1) Mogę przygotować prosty posiłek:

- a) samodzielnie, ale z trudnością
- b) korzystam z częściowej pomocy innej osoby
- c) nie jestem w stanie przygotować posiłku

### 2) Mogę zrobić codzienne porządki w mieszkaniu:

- a) samodzielnie, ale z trudem
- b) z pomocą
- c) w ogóle nie jestem w stanie posprzątać mieszkania

### 3) Mogę zrobić zakupy:

- a) samodzielnie
- b) samodzielnie, ale tylko podstawowe, pierwszej potrzeby
- c) w ogóle nie jestem w stanie zrobić zakupów

## 8. Charakterystyka zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi

*Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć wszystkie te które występują w Pana/i codziennym życiu.*

1) Mam kłopoty ze słuchem :

**a)** tak                      **b)** nie

- jeśli tak, to jakie? (np. niedosłyszę, w ogóle nie słyszę, potrzebny mi aparat słuchowy itp.).....

2) Mam problemy z mówieniem:

**a)** tak                      **b)** nie

- jeśli tak, to jakie? .....  
.....

3) Korzystam z innej formy komunikacji:

**a)** tak                      **b)** nie

- jeśli tak, to jakiej?.....

4) Mam kłopoty z rozumieniem innych osób;

**a)** tak                      **b)** nie

- jeśli tak, to na czym to polega?.....  
.....

5) Mam kłopoty z pamięcią:

**a)** tak                      **b)** nie

- jeśli, tak to na czym one polegają, (np. o czym zapominam)

.....

## 9. Charakterystyka sprawności narządu wzroku

*Z poniżej podanych opisów proszę zaznaczyć te wszystkie, które dotyczą Pana/i.*

1) Czytam / piszę:

**a)** bez użycia okularów (soczewek kontaktowych, lupy)

**b)** bez trudności , ale przy pomocy okularów (soczewek, lupy)

**c)** z trudnościami mimo korzystania z okularów (soczewek, lupy)

**d)** posługując się alfabetem Braille'a

**e)** nie jestem w stanie czytać i pisać, nawet korzystając z pomocy sprzętu dla osób słabo widzących oraz nie posługuję się alfabetem Braille'a

**f)** inne - widzę dobrze, ale nie czytam i nie piszę z innych przyczyn – jakich? (np.: ze względu na upośledzenie umysłowe, braki w wykształceniu),

.....

**10. Charakterystyka wsparcia udzielanego przez środowisko społeczne, instytucje.**

- 1) Czy korzysta Pan/i z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny zamieszkałej wspólnie lub oddzielnie, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej, domu pomocy społecznej)?

a) tak                      b) nie

Jeśli tak to, kto udziela pomocy?.....

.....

Jaki jest to rodzaj pomocy (czy jest to pomoc finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa, inna) ?

.....

**11. Oczekiwania wobec usług świadczonych w COM:**

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

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
podpis wnioskodawcy  
lub przedstawiciela ustawowego