**Załącznik nr 5 do Regulaminu**

**FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB**

*Niniejszy dokument jest podsumowaniem diagnozy potrzeb uczestnika projektu. Dokument wypełnia psycholog lub doradca zawodowy dokonujący diagnozy na podstawie wywiadu z uczestnikiem projektu lub jego opiekunem. Diagnoza ukierunkowana jest na zachowanie poczucia sprawczości i decyzyjności oraz kontroli osoby z niepełnosprawnością poddawanej diagnozie. W sytuacjach uzasadnionych (m.in. gdy wyznaczony jest opiekun prawny np. w sytuacji osób ubezwłasnowolnionych czy małoletnich) wywiadu może udzielać opiekun uwzględniając w swoich wypowiedziach potrzeby i punkt widzenia osoby z niepełnosprawnością będącą pod jego opieką. W diagnozie może brać udział również opiekun faktyczny, nie będący opiekunem prawnym w zależności od indywidualnej sytuacji danej osoby z niepełnosprawnościami (z zastrzeżeniem, iż będzie on będzie pełnił tylko funkcję pomocniczą/doradczą). Decyzję w powyższym zakresie podejmuje osoba dokonująca diagnozy. Dodatkowo diagnozą objęte zostaną potrzeb opiekuna faktycznego w zakresie dalszego wsparcia w projekcie (o ile dotyczy).*

**Część I**

**ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY DLA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| **O SOBIE** | |
| Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie |  |
| Zawód wyuczony/wykonywany |  |
| Status na rynku pracy |  |
| Ograniczenie praw | - Tak, w jakim zakresie? Kto jest opiekunem prawnym?  ……………………………………………………………………………  - Nie |
| Grupa/stopień niepełnosprawności |  |
| Rodzaj niepełnosprawności, zgodnie z orzeczeniem |  |
| Dominujący wg Pana/i rodzaj niepełnosprawności:  *(zaznaczyć właściwą odpowiedź obok i dopisać nazwę głównego schorzenia)* | - ruchowa,....................................................  - wzrokowa,………………………………………………….  - psychiczna,………………………………………………….  - neurologiczna,…………………………………………….  - schorzenia narządu mowy,……………………………  - schorzenia narządu słuchu,…………………………..  - intelektualna,……………………………………………..  - autyzm,………………………………………………………  - inna,………………………………………………………….. |
| **ZACHOWANIA ZDROWOTNE** | |
| Leki przyjmowane przez Pana/ią codziennie (w jakich godzinach i przez kogo są podawane?) |  |
| Leki przyjmowane interwencyjnie przez Pana/ią (w jakich sytuacjach i przez kogo są podawane?) |  |
| Czy ma Pan/i alergię na jakiś czynnik? | - Tak, co jest alergenem i jak reagować przy objawach?  ………………..........................................................  - Nie |
| W jakich porach je Pan/i stałe posiłki? |  |
| Kogo należy powiadamiać w nagłych wypadkach? |  |
| **PORUSZANIE SIĘ** | |
| W domu porusza się Pan/i | - samodzielnie  - z pomocą sprzętów ortopedycznych, jakich?  …………………………………………………………………………  - nie poruszam się samodzielnie |
| Poza miejscem zamieszkania porusza się Pan/i | - samodzielnie  - z pomocą sprzętów ortopedycznych  - nie poruszam się samodzielnie |
| Czy do przemieszczania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest Panu/i czyjeś wsparcie? | - Tak, jakiego rodzaju wsparcie?  .......................................................................  - Nie |
| **KOMUNIKOWANIE SIĘ** | |
| W jaki sposób Pan/i komunikuje się z innymi osobami w bezpośrednim kontakcie? (w tym posługiwanie się językiem migowym, piktogramami, komunikatorami itp.) |  |
| W jaki sposób Pan/i komunikuje się na odległość (telefon, sms, Skype, inne)? |  |
| **SYTUACJA RODZINNA I SPOŁECZNA** | |
| Z jakimi osobami Pan/i aktualnie mieszka? |  |
| Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan/i w miejscu zamieszkania? |  |
| Jak jest Pana/Pani sytuacja rodzinna? Czy może Pan/i liczyć na wsparcie bliższej/dalszej rodziny na pomoc w codziennych i/lub wyjątkowych sytuacjach ? | - Tak, jakie to osoby i w jakich czynnościach pomagają?  ………………........................................................  - Nie |
| Czy może Pan/i liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności lub w sytuacjach wyjątkowych? | - Tak, jakie to osoby i w jakich czynnościach pomagają?  ………………........................................................  - Nie |
| Proszę podać w jakich grupach społecznych w jakich Pan/Pani funkcjonuje (dot. zarówno grup nieformalnych, np. rodzina, grupa rówieśnicza, sąsiedzi jak i formalnych np. w pracy/szkole, czy udział w zajęciach zorganizowanych) | 1……..  2………  3…….  -Czy w ramach funkcjonowania w wyżej wymienionych grupach potrzebuje Pan/Pani wsparcia asystenta?  ………………………………………………………………… |
| **AKTYWNOŚĆ WŁASNA** | |
| Jak wygląda Pan/i rozkład dnia w kilku zdaniach: |  |
| Jakie ma Pan/i zainteresowania/umiejętności/co lubi Pan/i robić? |  |
| Gdyby miał Pan/i jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan/i spędził? |  |
| **ZACHOWANIA SZCZEGÓLNE** | |
| Czy ma Pan/Pani jakieś specyficzne dla siebie zachowania, które zastanawiają/dziwią inne osoby? Jeżeli tak, proszę wymienić. |  |
| W jakich sytuacjach pojawiają się ww. reakcje (np. stres)? |  |
| **OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA –**  *Przed przystąpieniem do niniejszej części należy uzupełnić zał. 5a lub 5b Zakres przedmiotowy wsparcia* | |
| Z jakimi osobami lubi Pan/i przebywać? Jakie posiadają cechy charakteru? |  |
| Czy ma Pan/i preferencje dot. wieku Asystenta/tki? | - Tak, jakie?  ........................................................................  - Nie |
| Czy ma Pan/i preferencje dot. płci Asystenta/tki? | - Tak, jakie?  ………………….......................................................  - Nie |
| Czy ma Pani jakieś szczególne wymagania odnośnie do cech asystenta (np. w zakresie umiejętności, specyficzne cechy psychofizyczne, znajomość języka migowego, etc.) | - Tak, jakie?  ………………….......................................................  - Nie |
| Proszę określić szacunkowy zakres godzin usług asystenckich na miesiąc jaki zaspokoiłby Pana/Pani potrzeby? |  |
| Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani wskazać konkretną osobę, która mogłaby być Pana/Pani asystentem w ramach projektu (po potwierdzeniu spełnienia warunków)? Jeżeli tak proszę o podanie Imienia i Nazwiska oraz wskazać, jak możemy skontaktować się z tą osobą (np. numer telefonu, email). |  |
| **NA ZAKOŃCZENIE** | |
| Proszę podać wszelkie dodatkowe informacje, które uzna Pan/Pani za istotne w zakresie udziału w projekcie, tak abyśmy mogli dopasować wsparcie do Pana/Pani indywidualnych potrzeb. |  |

**Część II**

**DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (O ILE DOTYCZY)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  | | |
| PESEL |  | | |
| Wykształcenie |  | | |
| Czy opiekun faktyczny zamieszkuje razem z osobą z niepełnosprawnościami wskazaną w cz.I | TAK | | NIE |
| Sytuacja zawodowa w kontekście pełnienia funkcji opiekuna faktycznego  (*zaznaczyć właściwe X*) |  | Osoba niepracująca w związku z pełnioną funkcją opiekuńczą | |
|  | Osoba niepracująca z innych niż powyższy względów | |
|  | Osoba pracująca na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy | |
|  | Osoba pracująca na podstawie umowy o prace w niepełnym wymiarze czasu pracy lub na podstawie umowy zlecenie | |
| Czy opiekun faktyczny potrzebuje wsparcia psychologicznego | TAK | | NIE |
| Czy opiekun faktyczny potrzebuje wsparcia doradczego | TAK | | NIE |

**Część III**

**REKOMENDACJA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rekomendacja Psychologa/Doradca zawodowego w zakresie dalszego wsparcia w projekcie: | | | |
| Wymiar godzin usług asystenckich w miesiącu[[1]](#footnote-1): |  | | |
| Wsparcie w rozbudowie kręgów wsparcia osoba z niepełnosprawnością | TAK | NIE | |
| Wsparcie w rozbudowie kręgów wsparcia opiekun faktyczny | TAK | NIE | |
| Dodatkowe specyficzne cechy i/lub predyspozycje psychofizyczne i/lub umiejętności, które powinien posiadać Asystent/Asystentki aby zapewnić możliwie najlepsze wsparcie w ramach projektu (o ile dotyczy) |  | | |
| Dodatkowe uwagi i rekomendacje w zakresie udziału w projekcie (o ile dotyczy) – dotyczy ON i OF |  | | |
| Czy pojawiają się przesłanki do zastosowania MRU – dotyczy ON i OF | TAK | | NIE |
| Rekomendowane wsparcia dla opiekuna faktycznego *(wpisać liczbę godzin, jeżeli dana forma wsparcia jest nierekomendowana wpisać 0)*: | | | |
| Wsparcie psychologiczne |  | | |
| Wsparcie doradcze |  | | |

……………………………………………………………………..….  
Data i podpis doradcy zawodowego/psychologa

1. Podany zakres jest szacunkowy i może się różnić w poszczególnych miesiącach w zależności od bieżących potrzeb osoby z niepełnosprawnością zgłaszanych dyspozytorowi. [↑](#footnote-ref-1)