# Formularz Diagnozy kandydata na uczestnika Projektu testującego model usług mieszkalnictwa wspomaganego

w ramach projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi”

# Część A – dotyczy osoby z niepełnosprawnością sprzężoną

| Imię i nazwisko  |
| --- |
| Rodzaje i stopnie niepełnosprawności |
| Obecnie korzysta ze wsparcia w:  | * Warsztacie Terapii Zajęciowej
* Środowiskowym Domu Samopomocy
* Zakładzie Aktywności Zawodowej
* inne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Jest pod opieką lekarza specjalisty | * tak – jakiego? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nie
 |
| Mieszkał/-a już z dala od rodziców/opiekunów | * tak – jak długo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nie
 |
| Uczy się obecnie | * tak – gdzie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nie
 |
| MOCNE STRONY (w tym np. zainteresowania/hobby/sposoby spędzania wolnego czasu/rytuały dnia codziennego/ulubione czynności) |
|  |
| POTRZEBY / OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA |
|  |
| Inne niezbędne informacje (np. zachowania trudne, informacje dot. stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przeciwwskazania do zamieszkania z osobą z inną niepełnosprawnością, specjalne potrzeby, informacja o sposobach komunikowania się – w tym konieczność stosowania komunikacji alternatywnej) |
|  |
| 1 – całkowita niesamodzielność2 - częściowa samodzielność (wykonuje czynność z niewielką pomocą)3 - całkowita samodzielność (wykonuje czynności bez pomocy innych osób) | **1** | **2**  | **3**  | Sposób pozyskania informacji (np. obserwacja, rozmowa z kandydatem, rozmowa z opiekunem) | Uwagi |
| Mycie się i ubieranie  |  |  |  |  |  |
| Przygotowywanie posiłków |  |  |  |  |  |
| Sprzątanie |  |  |  |  |  |
| Przyjmowanie leków |  |  |  |  |  |
| Korzystanie z urządzeń takich jak telefon, komputer |  |  |  |  |  |
| Korzystanie ze sprzętów AGD |  |  |  |  |  |
| Gospodarowanie pieniędzmi |  |  |  |  |  |
| Rozwiązywanie problemów |  |  |  |  |  |
| Podejmowanie decyzji |  |  |  |  |  |
| Organizacja czasu wolnego |  |  |  |  |  |
| Załatwianie spraw urzędowych |  |  |  |  |  |
| Przemieszczanie się |  |  |  |  |  |
| Korzystanie z komunikacji miejskiej/zbiorowej |  |  |  |  |  |
| Na etapie diagnozy uzyskano informacje, że osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi nie spełniania kryteriów/spełnia kryteria\* wskazane w § 3 Regulaminu. |
| **POTRZEBA WSPARCIA ZE STRONY SPECJALISTÓW** (z kadry fakultatywnej) |
| * tak – jakiego specjalisty? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * nie
 |

W wyniku przeprowadzonej diagnozy postanawia się zakwalifikować/nie zakwalifikować\* do udziału w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego Panią/Pana ……………………………………………….. .

| **KOMISJA KWALIFIKACYJNA** |
| --- |
| Imię i nazwisko | Funkcja | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Część B – dotyczy rodzica/opiekuna osoby z niepełnosprawnością sprzężoną

| Imię i nazwisko  |  |
| --- | --- |
| OBSZARY/FORMY WSPARCIA  |
|  |
| Inne niezbędne informacje (w tym specjalne potrzeby, informacja o konieczności komunikacji alternatywnej) |
|  |
| Na etapie diagnozy uzyskano informacje, że rodzic/opiekun osoby z niepełnosprawnością podlega/nie podlega wyłączeniu\* z powodów określonych w § 3 ust. 3 pkt. 3-9 oraz 11-12 Regulaminu. |

W wyniku przeprowadzonej diagnozy postanawia się zakwalifikować/nie zakwalifikować\* do udziału w testowaniu modelu usług mieszkalnictwa wspomaganego Panią/Pana ………………………………………………………………………….... .

| **KOMISJA KWALIFIKACYJNA** |
| --- |
| Imię i nazwisko | Funkcja | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niewłaściwe skreślić