

## KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY TRUDNOŚCI W ZAKRESIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM

### I. Instrukcja wypełniania.

Przed przystąpieniem do wypełniania Kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem (zwanego dalej „Kwestionariuszem samooceny”) należy wpisać WIELKIMI LITERAMI dane osoby dokonującej samooceny: imię, drugie imię, nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu tożsamości (w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL). Wypełniając Kwestionariusz samooceny, należy ustosunkować się do wszystkich ponumerowanych pozycji oraz dla każdej z nich zaznaczyć tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź.

### II. Informacja o niemożności wypełnienia kwestionariusza samooceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

Czy z przyczyn związanych ze stanem zdrowia nie jest możliwe sporządzenie oceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia? (1)

tak

nie

Jeżeli tak, proszę podać przyczyny powodujące niemożność sporządzenia samooceny:

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

(1) Niemożność sporządzenia kwestionariusza samooceny dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrozumieć treści w nim zamieszczonych lub udzielić samodzielnie odpowiedzi. Dotyczy to, w szczególności, osób z: zaburzeniami świadomości (będących w śpiączce lub stanie wegetatywnym), niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami należącymi do spektrum autyzmu, zaburzeniami neuropoznawczymi albo zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii lub innymi zaburzeniami psychiatrycznymi.

### III. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia:

Imię: .....

Drugie imię: .....

Nazwisko: .....

Numer PESEL: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości (2): .....

(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**IV. Proszę zaznaczyć, jak ocenia Pani/Pan swoje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, wynikające z niepełnosprawności:**

bardzo źle – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczenia w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą

źle – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą

średnio – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby, w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić

dobrze – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego co do zasady nie wymaga wsparcia innych osób

**V. Czy w codziennym funkcjonowaniu korzysta Pani/Pan z technologii wspomagającej?**

tak

nie

jeżeli tak, podać z jakich:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VI. Proszę wymienić główne dolegliwości, które utrudniają Pani/Panu codzienne funkcjonowanie. Proszę podać, jak często w Pani/Pana ocenie one występują:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Poruszanie się”:

### VII.1. Zmiana pozycji ciała w łóżku

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VII.2. Siadanie i utrzymanie stabilnej pozycji siedzącej

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VII.3. Stanie i utrzymanie stabilnej pozycji stojącej

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.4. Chodzenie po powierzchniach płaskich w obrębie mieszkania lub domu oraz bezpośrednim jego otoczeniu**

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....  
 .....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....  
 .....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  
 pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.5 Wchodzenie na schody i schodzenie z nich**

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....  
 .....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....  
 .....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  
 pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

**VII.6. Poruszanie się poza domem oraz jego bezpośrednim otoczeniem**

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....  
 .....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....  
 .....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  
 pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VII.7. Przemieszczanie się środkami transportu i umiejętność korzystania ze środków transportu publicznego w miejscu zamieszkania i poza nim

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VII.8. Podnoszenie, chwytanie i manipulowanie przedmiotami użytkowymi

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

### VIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Dbanie o siebie i własne zdrowie”:

#### VIII.1. Utrzymywanie higieny (mycie i osuszanie ciała, mycie zębów, czesanie się, golenie)

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**VIII.2. Ubieranie się**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**VIII.3. Załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**VIII.4. Jedzenie i picie**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**VIII.5. Troska o własne zdrowie (3)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....  
 .....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....  
 .....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  
 pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(3) np.: świadomość potrzeb zdrowotnych wynikających ze stanu zdrowia, stosowanie się do zaleceń lekarza w zakresie: przyjmowania leków z zastosowaniem prawidłowej dawki podawania leku, stosowania diety, przestrzeganie harmonogramu wizyt lekarskich i zleconych badań diagnostycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych, poszukiwanie pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, unikanie czynników szkodliwych oraz zagrożeń dla zdrowia i życia.

**IX. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Aktywność w gospodarstwie domowym”:****IX.1. Dokonywanie zakupów**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....  
 .....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....  
 .....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  
 pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**IX.2. Przygotowywanie posiłków**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....  
 .....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....  
 .....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby  
 pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**IX.3. Wykonywanie prac domowych (4)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(4) np.: sprzątanie powierzchni mieszkalnej, pranie, prasowanie, czyszczenie i naprawianie garderoby oraz obuwia, usuwanie śmieci, korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego.

**X. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Porozumiewanie się”:**
**X.1. Porozumiewanie się za pomocą języka mówionego (mówienie i rozumienie mowy)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

**X.2. Porozumiewanie się za pomocą języka pisanego (pisanie i czytanie)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie



**X.2.1. Porozumiewanie się za pomocą języka migowego**

tak

nie

**X.2.2. Porozumiewanie się za pomocą metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)**

tak

nie

jeżeli tak, podać z jakich:

.....

.....

.....

**X.3. Prowadzenie rozmowy i przekazywanie informacji za pomocą języka mówionego, języka pisanego, języka migowego lub metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (5)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(5) np.: logiczne i zwięzłe przekazywanie informacji innym osobom, w tym dotyczących własnych potrzeb, dolegliwości i emocji; rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie rozmowy w kontaktach z osobami znajomymi i obcymi, w tym również przy załatwianiu spraw urzędowych, w trakcie której, wymieniane są informacje, poglądy i myśli

**XI. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie w społeczeństwie”:****XI.1. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów (6)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność

(6) np.: inicjowanie kontaktu z osobami znanymi i obcymi, zdolność rozumienia zachowań, wypowiedzi i oczekiwań innych osób i umiejętność ich zaspokajania, zawieranie przyjaźni i jej utrzymanie, tworzenie bliskich kontaktów uczuciowych, w tym zdolność do założenia rodziny i dbania o jej dobro.

**XI.2. Załatwianie spraw urzędowych (7)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(7) np.: załatwianie spraw własnych i osób bliskich w różnych urzędach i instytucjach, w tym spraw związanych ze stanem zdrowia, pisanie pism urzędowych, składanie wniosków za pośrednictwem poczty lub Internetu

**XI.3. Organizowanie i spędzanie wolnego czasu (8)**

brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność

(8) np.: branie udziału w wydarzeniach kulturalnych, religijnych i sportowych, posiadanie hobby, oglądanie programów telewizyjnych, granie w różne gry, czytanie książek, zwiedzanie, uczestniczenie w turnusach rehabilitacyjnych

**XII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie poznawcze i psychiczne”:****XII.1. Zdolność do zapamiętywania nowych informacji i zdarzeń oraz pamiętanie informacji nabytych**

całkowity brak zdolności

zdolność ograniczona *(proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)*

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

pełna zdolność

**XII.2. Zdolność do skupiania uwagi (9)**

całkowity brak zdolności

zdolność ograniczona (*proszę opisać na czym te ograniczenia polegają*)

.....

.....

.....

pełna zdolność

(9) np. na wykonywanej czynności, informacji przekazywanej przez inną osobę, oglądanym filmie, czytanej książce

**XII.3. Zdolność do myślenia i rozwiązywania problemów (10)**

całkowity brak zdolności

zdolność ograniczona (*proszę opisać na czym te ograniczenia polegają*)

.....

.....

.....

pełna zdolność

(10) np.: umiejętność liczenia, rozpoznawanie nominałów banknotów, rozumienie pojęcia czasu i liczby, znajomość wskazań zegara, planowanie rozkładu dnia, wydatków, ustalanie priorytetów oraz strategii działania oraz monitorowanie ich wykonania

**XII.4. Opanowanie nowej umiejętności (11)**

całkowity brak zdolności do opanowania nowej umiejętności lub zachowania

zdolność ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

zdolność częściowo ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – mogę opanować samodzielne wykonywanie nowej czynności lub zachowania

(11) np.: opanowanie nowej, nieposiadanej wcześniej umiejętności lub zachowania niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, w tym umiejętności samodzielnego wykonania czynności lub przy wsparciu innej osoby, wdrożenie nowego zachowania do repertuaru codziennych zachowań

**XII.5. Kontrola emocji i zachowania (12)**

całkowity brak zdolności do kontrolowania emocji i zachowania

zdolność ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

zdolność częściowo ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – posiadam pełną kontrolę nad emocjami i zachowaniem

(12) brak kontroli nad emocjami: wybuchanie gniewem, krzykiem, głośnym płaczem w sposób nieakceptowany społecznie, występowanie zachowań agresywnych skierowanych na inne osoby, np. popychanie, szturchanie, bicie, lub skierowanych na siebie np. w formie samookaleczenia

**XIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność odbioru bodźców za pomocą narządu wzroku i słuchu****XIII.1. Odbiór bodźców wzrokowych (13)**

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – brak zaburzeń narządu wzroku

(13) zdolność widzenia za pomocą narządu wzroku

**XIII.2. Odbiór bodźców słuchowych (14)**

całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczeniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

pełna zdolność – brak zaburzeń narządu słuchu

(14) zdolność słyszenia za pomocą narządu słuchu

**XIV. Proszę podać inne informacje na temat swojego funkcjonowania, które Pani/Pan uważa za istotne:**

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

**XV. Proszę określić, czy Pani/Pan ma trudności z dotarciem do siedziby wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.**

tak

nie

jeżeli tak, proszę podać jakie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**XVI. Oświadczenie**

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym kwestionariuszu samooceny są prawdziwe.

Miejscowość: .....

Data (dd / mm / rrrr): .....

Podpis wnioskodawcy: .....