

Imię i nazwisko osoby orzekanej .....

PESEL osoby orzekanej .....

**Warunki mieszkaniowe** (rodzaj budynku, ilość pokoi, piętro, dostęp do windy, łazienka wyposażona w wannę czy kabinę prysznicową, dostępność mediów):.....  
.....**Sytuacja rodzinna** (ilość osób wspólnie zamieszkujących, osoby udzielające pomocy/sprawujące opiekę - opieka całodobowa lub przez ile godzin dziennie, ile razy w tygodniu itp.):.....  
.....  
.....**Utrzymanie czystości ciała:**

Mycie przy umywalce	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Kąpiel	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Kontrola czynności fizjologicznych	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> ograniczenia	<input type="radio"/> brak kontroli

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy / sprawowanej opieki, w tym używane zaopatrzenie medyczne:

.....  
.....**Ubieranie i rozbieranie się:**

Przygotowanie ubrań	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Zakładanie i zdejmowanie ubrań	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy / sprawowanej opieki:

.....  
.....**Odżywianie:**

Przygotowywanie posiłków	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Spożywanie posiłków	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Przygotowywanie i przyjmowanie leków	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy / sprawowanej opieki:

.....  
.....

**Poruszanie się i przemieszczanie:**

Wstawanie z łóżka	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Poruszanie się w obrębie mieszkania/domu	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Chodzenie po schodach	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Poruszanie się poza domem/ mieszkaniem	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki, używane zaopatrzenie ortopedyczne oraz rodzaj transportu, który wykorzystywany jest do przewozu osoby orzekanej:

.....

.....

.....

.....

.....

**Prowadzenie gospodarstwa domowego:**

Sprzątanie	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie
Zakupy	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> uzależnienie

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki:

.....

.....

.....

**Komunikowanie się z otoczeniem ( w tym ocena mowy, słuchu, wzroku):**

<input type="radio"/> bez ograniczeń	<input type="radio"/> ograniczenia	<input type="radio"/> brak kontaktu
--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Opis występujących ograniczeń oraz używane zaopatrzenie ułatwiające komunikowanie się z osobą orzekaną:

.....

.....

.....

**Korzystanie z pomocy instytucjonalnej**, np. opieka społeczna, pielęgniarstwo środowiskowe, stowarzyszenia, hospicja, wolontariat itp. oraz częstotliwość korzystania z tych form pomocy:

.....

.....

.....

**Informacje dodatkowe** dotyczące funkcjonowania osoby orzekanej oraz udzielanej jej pomocy/sprawowanej opieki:

.....

.....

.....

..... Data	..... Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego
---------------	---

(\*) wypełnia wnioskodawca lub przedstawiciel ustawowy