



*Ramowy wzór*

**Formularza 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:	<input type="checkbox"/> Warsztacie Terapii Zajęciowej <input type="checkbox"/> Środowiskowym Domu Samopomocy <input type="checkbox"/> Zakładzie Aktywności Zawodowej <input type="checkbox"/> inne _____				
Jest pod opieką lekarza specjalisty	<input type="checkbox"/> tak – jakiego? _____ <input type="checkbox"/> nie				
Mieszkał/-a już z dala od rodziców/opiekunów	<input type="checkbox"/> tak – jak długo? _____ <input type="checkbox"/> nie				
Uczy się obecnie	<input type="checkbox"/> tak – gdzie? _____ <input type="checkbox"/> nie				
<b>MOCNE STRONY</b>					
(w tym np. zainteresowania/hobby/sposoby spędzania wolnego czasu/rytuały dnia codziennego/ulubione czynności)					
<b>POTRZEBY / OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA</b>					
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 niesamodzielność 2 - częściowa samodzielność (wykonuje czynność z niewielką pomocą) 3 - całkowita samodzielność (wykonuje czynności)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	Sposób pozyskania informacji (np. obserwacja, rozmowa z kandydatem, rozmowa z	Uwagi

Imię i nazwisko					
bez pomocy innych osób)				opiekunem)	
Mycie się i ubieranie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Przygotowywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sprzątanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Przyjmowanie leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Korzystanie z urządzeń takich jak telefon, komputer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Korzystanie ze sprzętów AGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gospodarowanie pieniędzmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rozwiązywanie problemów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Podejmowanie decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Organizacja czasu wolnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Załatwianie spraw urzędowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Przemieszczanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Korzystanie z komunikacji miejskiej/zbiorowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Na etapie diagnozy uzyskano informacje, że osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi nie spełniania kryteriów/spełnia kryteria* wskazane w § 3 Regulaminu.					
<b>POTRZEBA WSPARCIA ZE STRONY SPECJALISTÓW</b> (z kadry fakultatywnej)					
<input type="checkbox"/> tak – jakiego specjalisty? _____					<input type="checkbox"/> 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

KOMISJA KWALIFIKACYJNA		

**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