

**Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej dziecka niepełnosprawnego i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

**I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)**

**1. Dane osobowe dziecka:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**2. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności dziecka ( *właściwie podkreślić* ):**

- dziecko w wieku do 16 r.ż. posiada orzeczenie o niepełnosprawności',
- dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - znaczny, umiarkowany, lekki

**3. Podstawowe problemy zdrowotne dziecka (wymienić) :**

- schorzenie wiodące.....
- schorzenia współistniejące .....
- .....

**4. Sytuacja rodzinna:**

- liczba osób wspólnie zamieszkujących .....
- liczba dzieci pozostających pod opieką i ich wiek .....
- możliwość zapewnienia opieki dziecku ze strony najbliższej rodziny\*- tak w pełnym zakresie nie, z jakiego powodu .....
- .....

**5. Sytuacja mieszkaniowa:**

- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności dziecka ( *właściwie podkreślić*):
- tak, nie, nie zachodzi konieczność,
- warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu .....
- .....
- własny pokój\* – posiada; nie posiada,

**6. Źródła utrzymania rodziny\*:**

- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia .....
- .....

**7. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:**

**w zakresie samoobsługi\*:**

- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich, **w zakresie poruszania się\*:**
- bez problemów, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich.
- **w zakresie komunikowania się:**
- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu .....

**8. Umiejętności społeczne( *właściwie podkreślić* ):**

- prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie ( w grupie rówieśniczej, w rodzinie, w szkole, przedszkolu i in.),

- trudności w nawiązywaniu, podtrzymywaniu relacji międzyludzkich (jakie):

.....  
.....

.....  
(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego dziecka)

## II. Wypełnia PCPR

**Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)\*.....**

*\* właściwe zakreślić*

Oborniki, dnia .....

Podpisy osób rozpatrujących wnioski:

Pracownik PCPR -

Pracownik socjalny –

Akceptacja Dyrektora PCPR -