……………………………………

*Miejscowość i data*

***INFORMACJA SOCJALNO-ZAWODOWA***

**IMIĘ I NAZWISKO**: ………………………………………………………...…………..……………………….

**PESEL**: ……………………………………………………………………………………………………………..

**WYKSZTAŁCENIE**:

* niepełne podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* zawodowe
* średnie
* wyższe

**SZKOŁA:**

* ogólnodostępna
* specjalna

**ZAWÓD**: …………………………………………………………………………………………………………...

**KWALIFIKACJE (TJ. KURSY, UPRAWNIENIA, SZKOLENI, PRAKTYKI ITP.):** .…………….………..

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**ZNAJOMOŚĆ OBSŁUGI KOMPUTERA:**

* słaba
* średnia
* dobra
* bardzo dobra

**PRAWO JAZDY:**

* posiadam / kategoria: ……………………………...………………………………………………………
* nie posiadam

**JĘZYKI OBCE:**

* nie posiadam znajomości
* posiadam znajomość (proszę podać jaki i w jakim stopniu tj. podstawowy, średni, średnio-zaawansowany, zaawansowany, biegły) ……………..…………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

**STAŻ PRACY OGÓŁEM:** …………………………………….…....…………………………………………….

**WYKONYWANE ZAWODY:** …………………………………………………………………….……………...

……………………………………………………………………………………….………………………………

**AKTUALNA PRACA I STANOWISKO**: ……………………………………………………........……………

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**POWÓD I CZAS USTANIA PRACY:** …………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**PLANY DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA:** …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

***WAŻNE: Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy uzupełnić należy tylko w sytuacji, gdy osoba wymaga pomocy bądź jest całkowicie uzależniona od innych osób!***

**WARUNKI MIESZKANIOWE** (tj.: rodzaj budynku, liczba pokoi, piętro, dostęp do wody, łazienka posiada wannę czy prysznic, dostępność mediów): ………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**SYTUACJA RODZINNA** (tj.: liczba osób zamieszkujących razem, osoby udzielające pomocy/sprawują opiekę i w jakim zakresie – całodobowo lub wskazać ile godzin dziennie, ile razy
w tygodniu etc.): …………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**UTRZYMANIE CZYSTOŚCI CIAŁA:**

***Mycie przy umywalce:***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Kąpiel****:*

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Kontrola czynności fizjologicznych:***

* samodzielnie
* ograniczenia
* brak kontroli

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

……………………………………………………………………………………….………………………………

**UBIERANIE I ROZBIERANIE SIĘ:**

 ***Przygotowanie ubrań***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Zakładanie i zdejmowanie ubrań:***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy / sprawowanej opieki: ……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**PORUSZANIE I PRZEMIESZCZANIE SIĘ:**

***Wstawanie z łóżka:***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Poruszanie się w domu/mieszkaniu:***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Chodzenie po schodach:***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Poruszanie się poza domem/mieszkaniem:***

* samodzielnie
* z pomocą
* 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:***

***Zakupy***:

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

***Sprzątanie:***

* samodzielnie
* z pomocą
* uzależnienie

Opis występujących ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy / sprawowanej opieki: ……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**FUNKCJONOWANIE SFERY POZNAWCZEJ** (umiejętność przedstawiania się, orientacja
w czasie, orientacja w miejscu, rozpoznawanie bliskich osób, czy logicznie odpowiada na pytania?, zainteresowania orzekanego): ………………………………….……………………………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………….………………………………

**Korzystanie z pomocy instytucjonalnej,** np. pomoc społeczna, pielęgniarka środowiskowa, stowarzyszenia, hospicja, wolontariat itp. oraz częstotliwość korzystania z tych form pomocy:

……………………………………………………………………………………….………………………………

…………………………………………………………………………………………….…………………………

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

………………………………………………………………………….……………………………………………

…………………………………………………………………………………….…………………………………

 ……………………………….…..…………………

 *Podpis osoby udzielającej informacji*