

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia nr 61/2025
Dyrektora Centrum Usług Społecznych
w Skarżysku-Kamiennej z dnia 08.12.2025
w sprawie: wprowadzenia Regulaminu rekrutacji i udziału
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

**Kwestionariusz oceny indywidualnej sytuacji osoby wymagającej wsparcia w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2026**

! Kwestionariusz należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

I. Dane osobowe kandydata/kandydatki

1.	IMIE										
2.	NAZWISKO										
3.	PESEL										
4.	ADRES ZAMIESZKANIA										
5.	NUMER KONTAKTOWY										

II. Oczekiwania dotyczące miesięcznej liczby godzin usług asystencji osobistej

Rodzaj orzeczenia		Posiadane (wstaw „X” przy właściwym)	Limit godzin	Oczekiwana liczba godzin miesięcznie (wstaw „X” przy właściwym)
1.	orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną		28	
2.	orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności		25	
3.	orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną* lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną;		18	
4.	orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		15	
5.	orzeczenie dla dzieci w wieku do 16 roku życia posiadających orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.		15	

***Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności ze wskazaniem co najmniej dwóch niepełnosprawności**

III. Ocena codziennego funkcjonowania w określonych zakresach:

Indywidualna ocena funkcjonowania w czynnościach życia codziennego, wynikająca z niepełnosprawności: <i>Oceń funkcjonowanie – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>	
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	

Możliwość uzyskania pomocy od innych osób/ instytucji <i>Oceń możliwość – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>		
	TAK	NIE
osoba z niepełnosprawnością samotnie zamieszkująca i gospodarująca		
osoba z niepełnosprawnością, zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą, która ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność nie jest w stanie udzielać wsparcia		
osoba z niepełnosprawnością, zamieszkująca i gospodarująca z inną osobą, od której otrzymuję wsparcie		
osoba z niepełnosprawnością przebywająca w rodzinnej pieczy zastępczej, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w rodzinie zastępczej (spokrewnionej, niezawodowej lub zawodowej) lub w rodzinnym domu dziecka		
osoba z niepełnosprawnością, przebywająca w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego, tj.: dzieckiem lub osobą przebywającą w tej placówce, gdzie wyłączną opiekę sprawują małżonkowie lub osoba niepozostająca w związku małżeńskim		
zamieszkiwanie na terenie Skarżyska-Kamiennej osoby bliskiej (innej niż wspólnie zamieszkującej)		
Jeżeli zaznaczono odpowiedź TAK , proszę wymienić osoby bliskie zamieszkujące na terenie Skarżyska Kamiennej <i>Stopień pokrewieństwa:</i>		
możliwość uzyskania wsparcia od innych osób (osób bliskich, bądź innych)		
Jeżeli zaznaczono odpowiedź NIE , proszę uzasadnić odpowiedź, podając przyczynę braku możliwości uzyskania wsparcia:		
Korzystanie z innych form wsparcia:		
	TAK	NIE
Usługi opiekuńcze z CUS		
Prywatna opieka		
Opieka pielęgnarska		
Inne, jakie:		

Poruszanie się: <i>Oceń poruszanie się – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>	
W domu	
samodzielnie (bez sprzętów ortopedycznych i innych osób)	
przy pomocy sprzętu ortopedycznego	
z pomocą drugiej osoby	
nie poruszam się (jestem osobą leżącą)	
Poza domem	
samodzielnie (bez sprzętów ortopedycznych i innych osób)	
przy pomocy sprzętu ortopedycznego	
z pomocą drugiej osoby	
nie wychodzę poza miejsce zamieszkania	

Czynności samoobsługowe <i>Oceń możliwość wykonywania czynności samoobsługowych – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>			
	Pełna zdolność	Zdolność ograniczona	Brak zdolności
ubieranie się			
utrzymanie higieny (mycie głowy, mycie ciała, kąpiel, czesanie, golenie, obcinanie paznokci rąk i nóg)			
załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety			
przygotowanie i spożywanie posiłków			
poruszanie się (wstawanie z łóżka, powrót do niego, siadanie na krześle/wstawanie, chodzenie w obrębie mieszkania)			

Czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego <i>Oceń możliwość wykonywania czynności w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego – wstaw „X” przy właściwym określeniu</i>			
	Pełna zdolność	Zdolność ograniczona	Brak zdolności
samodzielne wykonywanie codziennych prac domowych			
samodzielne wykonywanie gruntownych porządków np. mycie okien, zmiana firan			
pranie i prasowanie odzieży i pościeli			
gotowanie			
robienie zakupów			
planowanie budżetu domowego			

Komunikowania się z otoczeniem i aktywności życiowej

Oceń możliwość wykonywania czynności w zakresie komunikowania się z otoczeniem i aktywności życiowej
– wstaw „X” przy właściwym określeniu

	TAK	NIE
Mam problemy ze słuchem		
Mam problemy z mową		
Mam kłopot ze zrozumieniem tego, co mówią inni		
Mam kłopoty z pamięcią		

Aktywności życiowej

Oceń możliwość wykonywania czynności w zakresie aktywności życiowej
– wstaw „X” przy właściwym określeniu

	Pełna zdolność	Zdolność ograniczona	Brak zdolności
obsługa komputera, telefonu komórkowego i innych urządzeń służących do komunikacji			
wyjście na spacer			
wyjście do kina, teatru, restauracji, kościoła, na basen itp.			
wyjście do lekarza			
załatwianie spraw urzędowych/ punktach usługowych			
nawiązywanie kontaktów z osobami			
dojazd do pracy/szkoły			

Zdrowia psychicznego

Oceń problem z jakim się zmagasz w zakresie zdrowia psychicznego
– wstaw „X” przy właściwym określeniu

	TAK	NIE
Czy odczuwasz brak chęci do aktywności życiowej/społecznej?		
Czy masz obniżony nastrój?		
Czy odczuwasz samotność?		
Czy czujesz się odizolowany społecznie?		

IV. Inne informacje dotyczące funkcjonowania i sytuacji życiowej uznane w Pana/Pani opinii za istotne, a nie zawarte powyżej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym ***Kwestionariuszu oceny indywidualnej sytuacji osoby wymagającej wsparcia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026***, są prawdziwe.

Miejscowość:

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

Czytelny podpis kandydata/kandydatki: