

INFORMACJA ZAWODOWO SOCJALNA *

Imię i nazwisko osoby orzekanej

PESEL osoby orzekanej

Informacja zawodowa

Wykształcenie:

- Niepełne podstawowe
- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Zawodowe
- Średnie
- Wyższe

Typ szkoły Szkoła ogólnodostępna Szkoła specjalna

Wyuczony zawód:

Zdobyte kwalifikacje /kursy, zdobyte uprawnienia, szkolenia, praktyki itp./.....

Znajomość obsługi komputera:

- Brak znajomości
- Słaba
- Dobra
- Bardzo dobra

Prawo jazdy : nie posiada posiada /kategorie/

Języki obce: brak znajomości posiada znajomość /opisać jakie i w jakim stopniu/

Staż pracy:

Wykonywane zawody:

Aktualne miejsce pracy i zajmowane stanowisko /forma zatrudnienia/ :

Przyczyna i czas ustania zatrudnienia:

Plany dotyczące zatrudnienia:

Informacja socjalna

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.):

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGA!

W przypadku konieczności korzystania z pomocy lub uzależnienia od innych osób, niezbędne jest opisanie rodzaju udzielanej pomocy lub występujących trudności

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 udzielnej pomocy/sprawowane 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. 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:

.....
.....
.....
.....
.....

Poznań, dnia

.....
(czytelny podpis osoby udzielającej informacji)

**) wypełnia opiekun lub wnioskodawca*