
Zał. 2 do Regulaminu

# Ankieta wstępna rekrutacji do projektu „Praca środowiskowa drogą do podniesienia samodzielności osób z niepełnosprawnościami.” (dalej Projekt)

1. Imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Projektu ………………………………………………………….................................................................................
2. Rodzeństwo Uczestnika Projektu (imię, wiek)

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

1. Proszę o wskazanie rodzaju/ów niepełnosprawności z uwagi, na które zostało wydane orzeczenie o niepełnosprawności oraz inne współistniejące zaburzenia.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu posiada dokumentację medyczną/orzeczniczą potwierdzającą zaburzenia rozwoju, autyzm, Zespół Aspergera lub inne rodzaje niepełnosprawności? Jeśli tak, proszę o wskazanie głównych zaburzeń z powyższej grupy **(lub dostarczyć kopię dokumentacji)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w najbliższej rodzinie (gospodarstwie domowym) występują inne przypadki niepełnosprawności? Jeśli tak proszę opisać jakie.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu podlega opiece w placówce specjalistycznej (jakiej?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Uczestnik Projektu uczestniczył wcześniej w zajęciach terapeutycznych, rehabilitacyjnych, edukacyjnych, innych (jakich, kiedy?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ocena stopnia samodzielności Uczestnika Projektu?

Oceniając proszę przyjąć kryterium skali: *0 nie wykonuje* ↔ *5 wykonuje samodzielnie*  i oznaczyć wybrane pole X

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ZAKRESY SAMODZIELNOSCI | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| toaleta osobista (kąpiel, mycie zębów, włosów) |  |  |  |  |  |  |
| zgłaszanie potrzeb fizjologicznych |  |  |  |  |  |  |
| załatwianie potrzeb fizjologicznych |  |  |  |  |  |  |
| ubieranie się |  |  |  |  |  |  |
| przemieszczanie się |  |  |  |  |  |  |
| komunikacja werbalna (mowa zrozumiała) |  |  |  |  |  |  |
| komunikacja pozawerbalna (gestem, dźwiękiem) |  |  |  |  |  |  |
| Czytanie |  |  |  |  |  |  |
| samodzielne jedzenie |  |  |  |  |  |  |
| przygotowanie prostego posiłku |  |  |  |  |  |  |
| proste zakupy |  |  |  |  |  |  |
| niezależne poruszanie się po mieście |  |  |  |  |  |  |
| pomoc w pracach domowych |  |  |  |  |  |  |
| organizacja czasu wolnego |  |  |  |  |  |  |

1. Jak Uczestnik Projektu reaguje na zmiany schematu, rutyny?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu wykazuje zachowania autoagresywne, agresywne (jakie, kiedy, w jakich sytuacjach?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu prezentuje zachowania trudne? Jeśli tak, to jakie i w jakich sytuacjach

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu posiada zainteresowania, co lubi, czym się cieszy, co sprawia przyjemność?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy są rzeczy, sytuacje, czynności, których Uczestnik Projektu szczególnie nie lubi, boi się, unika?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Jak Uczestnik Projektu reaguje na sytuacje nowe, trudne?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu stosuje dietę? Jaką?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Uczestnik Projektu przyjmuje na stałe leki? (jakie, z jakim wskazaniem?)

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

1. Inne informacje, które mogą być ważne i przydatne podczas pracy i terapii:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

18. Jakie są Państwa oczekiwania dotyczące terapii, rehabilitacji i wsparcia ze strony Stowarzyszenia Terapeutów?

* + ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..
	+ ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Data wypełnienia ankiety: Osoba wypełniająca ankietę: