

печатка установи,
що заповнює форму

СОЦІАЛЬНЕ ПОЛОЖЕННЯ ОСОБИ, ЩО ПОДАЄ ЗАЯВУ НА ДОКУМЕНТ ПРО ГРУПУ ІНВАЛІДНОСТІ

1. Ім'я та прізвище.....
2. Адреса проживання
3. Дата народження сімейний стан.....
4. Ситуація родинна
 - a) кількість дітей та їх вік.....
 - b) вказати людей, які проживають разом з вами.....
 - c) визначення людей, референтних груп та установ, з якими необхідно співпрацювати в інтеграції обстежуваного в суспільство
.....
5. Джерело доходу обстежуваної особи.....
 - a) розмір доходу.....
 - b) чи достатньо власних доходів для задоволення основних потреб (житло, харчування, медичні витрати, одяг тощо)
.....
.....
6. Майновий стан обстежуваної особи:.....
.....
7. Житловий стан: технічний стан (гарний, потребує ремонту, реконструкції, не придатний для подальшого проживання), площа квартири на одного мешканця, чи є власна кімната:
.....
.....
8. Пристосування квартири під потреби відповідача
 - a) чи існують архітектурні бар'єри, якщо так, то які:
 - b) які покращення він використовує за місцем проживання
.....
9. **Здатність особи до:**
 - A. **незалежне існування** - можливість задоволення основних потреб (чи можуть вони задовольнити їх самостійно, чи потрібна підтримка іншої особи - частково або повністю, постійно або в довгостроковій перспективі, кожна з цих оцінок має бути пов'язана з кожним із видів діяльності, перелічених нижче)
 - ◆ особиста гігієна - умивання, душ, купання, гігієна порожнини рота, чистка зубів, гоління, користування ванною кімнатою
.....
 - ◆ їжа - просто їсти їжу, готувати їжу
.....
.....

- ◆ пересування - вставання з ліжка, одягання та роздягання, ходьба, переміщення вгору і вниз по сходах, вихід з дому та повернення, використання тростини або милиці, інвалідного візка, необхідність ортопедичного обладнання, яке може підвищити незалежність обстежуваного
- ◆ ведення домашнього господарств - покупка їжі, приготування їжі, прибирання в будинку, миття посуду, зміна та прання постільної білизни та одягу, опалення

В. виконання соціальних ролей:

можливість виконання професійних, сімейних та соціальних ролей за віком, статтю, освітою тощо, можливість участі в колективному житті - самостійно, використовуючи підтримку, чи можна взагалі брати участь у колективному житті, які обмеження у здійсненні соціальних ролей

С. спілкування з іншими людьми (які обмеження цієї здатності)

10. Загальна оцінка самостійного функціонування (прогноз) та соціального становища обстежуваного:

A. чи може раніше описаний рівень незалежного функціонування:

- ◆ позостати стабільним,
- ◆ погіршитися,
- ◆ покращитися,

B. чи можна запропонувати та доповнити необхідні фінансові, матеріальні, службові дефіцити, контакти з навколишнім середовищем, підтримку в середовищі життя шляхом:

a) **сім'я** (яка допомога і на який можливий період часу?)

b) **місцеве оточення сусідів, друзів, волонтерів, громадських організацій, що працюють для інвалідів** (яка підтримка і на який можливий період часу?)

c) **гміна, особливо центр соціального захисту або інші суб'єкти колективного життя** (яка допомога і на який можливий період часу?)

d) **незважаючи на активацію підтримки за місцем проживання, неможливо продовжувати самостійне функціонування за місцем проживання**

11. Доступність послуг (слід вказати, чи може особа за місцем проживання користуватися такими послугами: медичні, освітні, реабілітаційні)

ЗАЯВА ЗАЦІКАВЛЕНОЇ ОСОБИ

Я підтверджую, що інформація, яку я надав, є правдивою.

(місце і дата)

(підпис зацікавленої особи)

підпис працівника