

KARTA OCENY FUNKCJONALNEJ

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla organizacji pozarządowych” – edycja 2026

A. Dane uczestnika

- Imię i nazwisko:
- PESEL / data urodzenia (dziecko):
- Powiat / Gmina
- Rodzaj orzeczenia:
- Stopień / dziecko:

B. Ocena potrzeb

- Sytuacja mieszkaniowa: ☐ samotnie ☐ z rodziną ☐ inne, jakie
.....
- Dostępność wsparcia innych osób: ☐ brak ☐ ograniczona ☐ wystarczająca
- Poziom samodzielności w domu: ☐ niski ☐ średni ☐ wysoki
- Poziom samodzielności na zewnątrz: ☐ niski ☐ średni ☐ wysoki
- Czy korzysta z innych form wsparcia asystenckiego: ☐ tak ☐ nie
- Czy korzysta z usług opiekuńczych: ☐ tak ☐ nie
- Ryzyko pogorszenia funkcjonowania przy przerwaniu wsparcia: ☐ nie wystąpi
☐ niskie ☐ wysokie
- Sposób funkcjonowania w środowisku: ☐ bardzo dobry ☐ dobry ☐ zły ☐ bardzo zły
- Czy wskazuje Pani / Pan asystenta? ☐ tak ☐ nie
- Czy wsparcie przyczyni się do zwiększenia aktywności społecznej lub zawodowej
☐ tak ☐ nie

.....
Podpis uczestnika projektu
/ opiekuna prawnego

