



Fundusze Europejskie  
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**DOLNY  
ŚLĄSK**

Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0081/23, pt. „Profesjonalna asystentura”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska 2021-2027  
Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku,  
Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych

## Załącznik nr 4 do Regulaminu

### FORMULARZ DIAGNOZY POTRZEB

*Niniejszy dokument jest podsumowaniem diagnozy potrzeb uczestnika projektu. Dokument wypełnia psycholog lub doradca zawodowy dokonujący diagnozy na podstawie wywiadu z uczestnikiem projektu lub jego opiekunem. Diagnoza ukierunkowana jest na zachowanie poczucia sprawczości i decyzyjności oraz kontroli osoby z niepełnosprawnością poddawanej diagnozie. W sytuacjach uzasadnionych (m.in. gdy wyznaczony jest opiekun prawny np. w sytuacji osób ubezwłasnowolnionych czy małoletnich) wywiadu może udzielać opiekun uwzględniając w swoich wypowiedziach potrzeby i punkt widzenia osoby z niepełnosprawnością będącą pod jego opieką. W diagnozie może brać udział również opiekun faktyczny, nie będący opiekunem prawnym w zależności od indywidualnej sytuacji danej osoby z niepełnosprawnościami (z zastrzeżeniem, iż będzie on będzie pełnił tylko funkcję pomocniczą/doradczą). Decyzję w powyższym zakresie podejmuje osoba dokonująca diagnozy. Dodatkowo diagnozą objęte zostaną potrzeby opiekuna faktycznego w zakresie dalszego wsparcia w projekcie (o ile dotyczy).*

### Część I

#### ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY DLA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

| O SOBIE                                     |                                                                                 |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością |                                                                                 |
| PESEL                                       |                                                                                 |
| Wykształcenie                               |                                                                                 |
| Zawód wyuczony/wykonywany                   |                                                                                 |
| Status na rynku pracy                       |                                                                                 |
| Ograniczenie praw                           | - Tak, w jakim zakresie? Kto jest opiekunem prawnym?<br>.....<br>.....<br>- Nie |
| Grupa/stopień niepełnosprawności            |                                                                                 |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rodzaj niepełnosprawności, zgodnie z orzeczeniem                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Dominujący wg Pana/i rodzaj niepełnosprawności:<br><br><i>(zaznaczyć właściwą odpowiedź obok i dopisać nazwę głównego schorzenia)</i> | - ruchowa,.....<br><br>-<br>wzrokowa,.....<br>....<br><br>-<br>psychiczna,.....<br>....<br><br>-<br>neurologiczna,.....<br>.<br><br>- schorzenia narządu mowy,.....<br><br>- schorzenia narządu słuchu,.....<br><br>-<br>intelektualna,.....<br>.<br><br>-<br>autyzm,.....<br>.....<br><br>-<br>inna,.....<br>..... |
| <b>ZACHOWANIA ZDROWOTNE</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Leki przyjmowane przez Pana/ią codziennie (w jakich godzinach i przez kogo są podawane?)                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Leki przyjmowane interwencyjnie przez Pana/ią (w jakich sytuacjach i przez kogo są podawane?)                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Czy ma Pan/i alergię na jakiś czynnik?                                                                                                | - Tak, co jest alergenem i jak reagować przy objawach?<br><br>.....<br><br>- Nie                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| W jakich porach je Pan/i stałe posiłki?                                                                                                                    |                                                                                                                            |
| Kogo należy powiadamiać w nagłych wypadkach?                                                                                                               |                                                                                                                            |
| <b>PORUSZANIE SIĘ</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                            |
| W domu porusza się Pan/i                                                                                                                                   | - samodzielnie<br><br>- z pomocą sprzętów ortopedycznych, jakich?<br>.....<br>.....<br><br>- nie poruszam się samodzielnie |
| Poza miejscem zamieszkania porusza się Pan/i                                                                                                               | - samodzielnie<br><br>- z pomocą sprzętów ortopedycznych<br><br>- nie poruszam się samodzielnie                            |
| Czy do przemieszczania się poza miejscem zamieszkania potrzebne jest Panu/i czyjeś wsparcie?                                                               | - Tak, jakiego rodzaju wsparcie?<br>.....<br><br>- Nie                                                                     |
| <b>KOMUNIKOWANIE SIĘ</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                            |
| W jaki sposób Pan/i komunikuje się z innymi osobami w bezpośrednim kontakcie? (w tym posługiwanie się językiem migowym, piktogramami, komunikatorami itp.) |                                                                                                                            |
| W jaki sposób Pan/i komunikuje się na odległość (telefon, sms, Skype, inne)?                                                                               |                                                                                                                            |
| <b>SYTUACJA RODZINNA I SPOŁECZNA</b>                                                                                                                       |                                                                                                                            |
| Z jakimi osobami Pan/i aktualnie mieszka?                                                                                                                  |                                                                                                                            |
| Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan/i w miejscu zamieszkania?                                                                                          |                                                                                                                            |
| Jak jest Pana/Pani sytuacja rodzinna? Czy może Pan/i liczyć na wsparcie bliższej/dalszej                                                                   | - Tak, jakie to osoby i w jakich czynnościach pomagają?<br>.....                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| rodziny na pomoc w codziennych i/lub wyjątkowych sytuacjach ?                                                                                                                                                                   | - Nie                                                                                                                                             |
| Czy może Pan/i liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności lub w sytuacjach wyjątkowych?                                                                                                | - Tak, jakie to osoby i w jakich czynnościach pomagają?<br>.....<br>- Nie                                                                         |
| Proszę podać w jakich grupach społecznych w jakich Pan/Pani funkcjonuje (dot. zarówno grup nieformalnych, np. rodzina, grupa rówieśnicza, sąsiedzi jak i formalnych np. w pracy/szkole, czy udział w zajęciach zorganizowanych) | 1.....<br>2.....<br>3.....<br>-Czy w ramach funkcjonowania w wyżej wymienionych grupach potrzebuje Pan/Pani wsparcia asystenta?<br>.....<br>..... |
| <b>AKTYWNOŚĆ WŁASNA</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                   |
| Jak wygląda Pan/i rozkład dnia w kilku zdaniach:                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                   |
| Jakie ma Pan/i zainteresowania/umiejętności/co lubi Pan/i robić?                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                   |
| Gdyby miał Pan/i jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan/i spędził?                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |
| <b>ZACHOWANIA SZCZEGÓLNE</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                   |
| Czy ma Pan/Pani jakieś specyficzne dla siebie zachowania, które zastanawiają/dziwią inne osoby? Jeżeli tak, proszę wymienić.                                                                                                    |                                                                                                                                                   |
| W jakich sytuacjach pojawiają się ww. reakcje (np. stres)?                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                   |
| <b>OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA –</b><br><br><i><u>Przed przystąpieniem do niniejszej części należy uzupełnić zał. 4a lub 4b Zakres przedmiotowy wsparcia</u></i>                                                                |                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Z jakimi osobami lubi Pan/i przebywać? Jakie posiadają cechy charakteru?                                                                                                                                                                                                                   |                                 |
| Czy ma Pan/i preferencje dot. wieku Asystenta/teki?                                                                                                                                                                                                                                        | - Tak, jakie?<br>.....<br>- Nie |
| Czy ma Pan/i preferencje dot. płci Asystenta/teki?                                                                                                                                                                                                                                         | - Tak, jakie?<br>.....<br>- Nie |
| Czy ma Pani jakieś szczególne wymagania odnośnie do cech asystenta (np. w zakresie umiejętności, specyficzne cechy psychofizyczne, znajomość języka migowego, etc.)                                                                                                                        | - Tak, jakie?<br>.....<br>- Nie |
| Proszę określić szacunkowy zakres godzin usług asystenckich na miesiąc jaki zaspokoiłby Pana/Pani potrzeby?                                                                                                                                                                                |                                 |
| Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani wskazać konkretną osobę, która mogłaby być Pana/Pani asystentem w ramach projektu (po potwierdzeniu spełnienia warunków)? Jeżeli tak proszę o podanie Imienia i Nazwiska oraz wskazać, jak możemy skontaktować się z tą osobą (np. numer telefonu, email). |                                 |
| <b>NA ZAKOŃCZENIE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |
| Proszę podać wszelkie dodatkowe informacje, które uzna Pan/Pani za istotne w zakresie udziału w projekcie, tak abyśmy mogli dopasować wsparcie do Pana/Pani indywidualnych potrzeb.                                                                                                        |                                 |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

## Część II

### DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO (O ILE DOTYCZY)

|                                                                                              |                              |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i Nazwisko                                                                              |                              |                                                                                                             |
| PESEL                                                                                        |                              |                                                                                                             |
| Wykształcenie                                                                                |                              |                                                                                                             |
| Czy opiekun faktyczny zamieszkuje razem z osobą z niepełnosprawnościami wskazaną w cz.I      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                |
| Sytuacja zawodowa w kontekście pełnienia funkcji opiekuna faktycznego (zaznaczyć właściwe X) | <input type="checkbox"/>     | Osoba niepracująca w związku z pełnioną funkcją opiekuńczą                                                  |
|                                                                                              | <input type="checkbox"/>     | Osoba niepracująca z innych niż powyższy względów                                                           |
|                                                                                              | <input type="checkbox"/>     | Osoba pracująca na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy                                    |
|                                                                                              | <input type="checkbox"/>     | Osoba pracująca na podstawie umowy o pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy lub na podstawie umowy zlecenie |
| Czy opiekun faktyczny potrzebuje wsparcia psychologicznego                                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                |
| Czy opiekun faktyczny potrzebuje wsparcia doradczego                                         | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                |

## Część III

### REKOMENDACJA

|                                                                                                                                                                                                           |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rekomendacja Psychologa/Rekrutera w zakresie dalszego wsparcia w projekcie:                                                                                                                               |                              |                              |
| Wymiar godzin usług asystenckich w miesiącu <sup>1</sup> :                                                                                                                                                |                              |                              |
| Dodatkowe specyficzne cechy i/lub predyspozycje psychofizyczne i/lub umiejętności, które powinien posiadać Asystent/Asystentki aby zapewnić możliwie najlepsze wsparcie w ramach projektu (o ile dotyczy) |                              |                              |
| Dodatkowe uwagi i rekomendacje w zakresie udziału w projekcie (o ile dotyczy) – dotyczy ON i OF                                                                                                           |                              |                              |
| Czy pojawiają się przesłanki do zastosowania MRU – dotyczy ON i OF                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Rekomendowane wsparcia dla opiekuna faktycznego (wpisać liczbę godzin, jeżeli dana forma wsparcia jest nierekomendowana wpisać 0):                                                                        |                              |                              |

<sup>1</sup> Podany zakres jest szacunkowy i może się różnić w poszczególnych miesiącach w zależności od bieżących potrzeb osoby z niepełnosprawnością zgłaszanych dyspozytorowi.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Wsparcie psychologiczne |  |
| Wsparcie doradcze       |  |

.....

Data i podpis psychologa/rekrutera